Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 147 del 25 giugno 2024 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Martedì, 25 giugno 2024** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 28

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

INTESA 4 aprile 2024.

Intesa, ai sensi dell'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'«Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2019-2021». (Rep. atti n. 51/CSR).

INTESA 4 aprile 2024.

Intesa, ai sensi dell'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'«Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2019-2021. (Rep. atti n. 52/CSR).





S O M M A R I O

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO





DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

INTESA 4 aprile 2024.

Intesa, ai sensi dell'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'«Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2019-2021». (Rep. atti n. 51/CSR).

LA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Nella seduta del 4 aprile 2024;

Visto il decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, il quale, all'art. 2-*nonies*, così dispone: «Il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano previsto dall'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni. Tale accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella citata Conferenza permanente, di cui all'art. 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281»;

Visto l'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (Rep. atti n. 164/CSR);

Vista la nota del Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome del 28 marzo 2024, acquisita con prot. DAR n. 5341 e diramata, in pari data, con nota prot. DAR n. 5388, con la quale, a seguito della sottoscrizione dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, avvenuta l'8 febbraio 2024, al fine di completare l'*iter* procedurale con il perfezionamento della prevista intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, ha trasmesso l'atto di indirizzo del Comitato di settore, la copia dell'ipotesi di ACN medicina generale (triennio 2019-2021), il parere favorevole del Comitato di settore regioni-sanità espresso nella seduta del 7 marzo 2024 e la certificazione positiva della Corte dei conti del 27 marzo 2024;

Vista la nota del 4 aprile 2024, acquisita al prot. DAR n. 5603 e diramata, in pari data, con nota prot. DAR. n. 5608, con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze, nel rappresentare che non sussistono motivi ostativi al seguito dell'*iter*, ha inviato il parere reso dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, con alcune osservazioni;

Considerato che, nel corso della seduta del 4 aprile 2024 di questa Conferenza, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa sull'ipotesi di accordo in argomento;

Acquisito l'assenso del Governo;

Sancisce intesa:

sull'«Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2019-2021», che, allegata al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Roma, 4 aprile 2024

Il Presidente: CALDEROLI

Il segretario: D'AVENA





IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE

PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI – TRIENNIO 2019-2021

In data 8 febbraio 2024, alle ore 13.30, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Marco Luca Caroli *firmato*

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG *firmato*

SNAMI *firmato*

SMI *firmato*

FMT (AMMESSO CON RISERVA) *firmato*

FEDERAZIONE CISL MEDICI (AMMESSO CON RISERVA) *firmato*



Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014);

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli Accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'articolo 2, comma 283, lettera a) della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 ed il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008;

Visto l'Accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 luglio 2004;

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'articolo 1, comma 470 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Vista la Legge 11 dicembre 2016, n. 232;

Visto l'articolo 1, comma 683 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Visto l'articolo 9-quater del Decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2015, n. 125;

Visto l'articolo 9 del Decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12;

Visto l'articolo 12 del Decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60;

Visto il Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito, con modificazioni, dalla Legge 5 giugno 2020, n. 40;



Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 febbraio 2017;

Visto l'articolo 12 del Decreto Ministero della Salute 7 marzo 2006, Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale;

Visto il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze 23 maggio 2022, n. 77;

Visto il Decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, Intesa sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute";

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 112/CSR del 21 giugno 2018, Intesa, sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale- triennio 2016-2018;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 85/CSR del 18 giugno 2020, Intesa, sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale- triennio 2016-2018;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 215/CSR del 17 dicembre 2020, Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 181 sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.



INDICE







TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome (in seguito Regioni), le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della medicina generale (in seguito Organizzazioni Sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. La sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale e la crescente esigenza di qualificazione dei servizi sanitari territoriali richiedono una nuova organizzazione del sistema delle cure primarie valorizzando i medici di medicina generale e promuovendo l'integrazione con altre figure professionali. Con il presente rinnovo contrattuale si dà attuazione alla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la Legge 8 novembre 2012, n. 189, con riferimento in particolare alle disposizioni contenute nell'articolo 1.

3. Il quadro istituzionale, con Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che modifica il Titolo V della Costituzione, affida piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato. Il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale deve riuscire a coniugare il quadro istituzionale con il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale. Le Regioni rispettano le clausole del presente Accordo applicandone i principi negli Accordi decentrati al fine del miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'uniforme applicazione sull'intero territorio regionale e della tutela del rapporto individuale di lavoro con i medici convenzionati, valorizzando il rapporto fiduciario medico-paziente.

4. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute.

5. Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale risponde anche agli indirizzi del Patto per la Salute, con particolare riferimento a PDTA, cronicità, integrazione sociosanitaria, valorizzazione del territorio, nonché agli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale ai sensi dell'articolo 4.



ART. 2 – CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO.

1. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni il presente Accordo Collettivo Nazionale regola sotto il profilo economico e giuridico l'esercizio delle attività professionali tra i medici di medicina generale convenzionati e le Aziende sanitarie, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del S.S.N., dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

   a) ruolo unico di assistenza primaria;

   b) medicina dei servizi territoriali;

   c) emergenza sanitaria territoriale;

   d) assistenza negli istituti penitenziari.

2. L'assetto organizzativo è determinato dalla programmazione regionale nel rispetto della normativa vigente e del presente ACN.

3. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il medico di medicina generale esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN nel rispetto del modello organizzativo regionale e per il perseguimento delle finalità del S.S.N..

4. Il presente Accordo, relativo al triennio 2019-2021, entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.



ART. 3 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1. L'Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del S.S.N., nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarietà e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali, ad esempio:
   a) la definizione dei compiti, delle funzioni e dei relativi livelli di responsabilità del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
   b) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale medico convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
   c) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (parte economica fissa);
   d) la definizione della parte variabile del compenso;
   e) la rappresentatività sindacale, nazionale, regionale ed aziendale;
   f) la definizione di requisiti e criteri per l'accesso ed il mantenimento della convenzione;
   g) la responsabilità delle Regioni e delle Aziende sanitarie nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dal successivo articolo 4, nonché le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo. Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali come previsto dall'articolo 8, comma 3.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), specifica i progetti e le attività dei medici convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto anche della programmazione di cui all'articolo 13.
6. Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali difformi rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile.
7. Gli Accordi regionali ed aziendali sono trasmessi alla SISAC ed ai rispettivi Comitati regionali entro 30 (trenta) giorni dalla entrata in vigore.



ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE.

1. La programmazione regionale finalizza gli AAIIRR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di *performance*, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini e tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

   a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.).* Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente. Gli AAIIRR, nel rispetto del P.N.C., definiscono altresì il ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

   b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.).* La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il calendario vaccinale indica le vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate a particolari categorie a rischio. Le Regioni definiscono il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIIRR prevedono una attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.

   c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO.* L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso e l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto, è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.



d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA*. Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere previsto specificamente il coinvolgimento e la partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti. In particolare, per l'erogazione delle prestazioni potrà essere previsto il coinvolgimento delle forme organizzative dei medici di medicina generale nei processi di *budgeting* aziendali.



ART. 5 – ARRETRATI ED INCREMENTI.

1. Preso atto delle disposizioni assunte dal Governo in materia finanziaria, come da atto di indirizzo pervenuto, le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per gli anni 2019 e 2020 e gli arretrati e gli incrementi a decorrere dal 1 gennaio 2021, per medici di medicina generale a quota capitaria e a quota oraria (ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi territoriali, assistenza negli Istituti Penitenziari), da erogarsi secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

Medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta

TABELLA A1 – Arretrati 2019-2020

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2019	0,91
arretrati 2020	1,43

Medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria

TABELLA B1 – Arretrati 2019-2020

Anno	€/per ora
arretrati 2019	0,29
Arretrati 2020	0.46

Medico di medicina dei servizi territoriali

TABELLA C1 – Arretrati 2019-2020

Anno	€/per ora
arretrati 2019	0,36
Arretrati 2020	0,57

Medico di emergenza sanitaria territoriale

TABELLA D1 – Arretrati 2019-2020

Anno	€/per ora
arretrati 2019	0,29
Arretrati 2020	0,46



Medico di assistenza negli istituti penitenziari

TABELLA E1 – Arretrati 2019-2020

Anno	€/per ora
arretrati 2019	0,29
Arretrati 2020	0,46

Medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta

TABELLA A2 – Arretrati ed incrementi dal 1 gennaio 2021

Decorrenza	€/anno per assistito	Riferimento ACN
dal 1 gennaio 2021	0,82	articolo 47, comma 2, lettera A, punto I
dal 1 gennaio 2021	1,90	articolo 47, comma 2, lettera B, punto I

Conseguentemente, a far data dal 1 gennaio 2021, il compenso forfetario annuo per assistito di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I, è rideterminato in Euro 42,14 (quarantadue /14).

Medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria

TABELLA B2 – Arretrati ed incrementi dal 1 gennaio 2021

Decorrenza	€/per ora	Riferimento ACN
dal 1 gennaio 2021	0,86	articolo 47, comma 3, lettera A

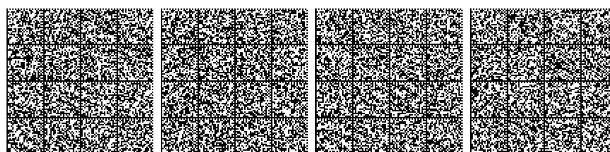
Conseguentemente, a far data dal 1 gennaio 2021, il compenso orario di cui all'articolo 47, comma 3, lettera A, è rideterminato in Euro 24,25 (ventiquattro / 25).

Medico di medicina dei servizi territoriali

TABELLA C2 – Arretrati ed incrementi dal 1 gennaio 2021

Decorrenza	€/per ora	Riferimento ACN
dal 1 gennaio 2021	1,07	articolo 57, comma 1, lettera A, punto I

Conseguentemente, a far data dal 1 gennaio 2021, il compenso orario di cui all'articolo 57, comma 1, lettera A, punto I, è incrementato di Euro 1,07 (uno / 07).



Medico di emergenza sanitaria territoriale

TABELLA D2 – Arretrati ed incrementi dal 1 gennaio 2021

Decorrenza	€/per ora	Riferimento ACN
dal 1 gennaio 2021	0,86	articolo 68, comma 1, lettera A

Conseguentemente, a far data dal 1 gennaio 2021, il compenso orario di cui all'articolo 68, comma 1, lettera A, è rideterminato in Euro 24,25 (ventiquattro /25).

Medico di assistenza negli istituti penitenziari

TABELLA E2 – Arretrati ed incrementi dal 1 gennaio 2021

Decorrenza	€/per ora	Riferimento ACN
dal 1 gennaio 2021	0,86	articolo 75, comma 1

Conseguentemente, a far data dal 1 gennaio 2021, il compenso orario di cui all'articolo 75, comma 1, è rideterminato in Euro 24,25 (ventiquattro / 25).

2. Gli arretrati di cui alla tabella A1 ed A2, nonché quelli derivanti dalla individuazione regionale del compenso forfetario annuo di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto II) sono corrisposti nel limite del massimale del medico del ruolo unico di assistenza primaria e delle scelte in deroga in carico nell'anno di riferimento. Gli incrementi di cui alla tabella A2, decorrenti dalla data di entrata in vigore del presente Accordo, sono corrisposti nel limite del massimale e delle scelte in deroga di cui all'articolo 38.
3. Gli arretrati di cui alle tabelle B1, C1, D1 ed E1 e gli arretrati e gli incrementi di cui alle tabelle B2, C2, D2 ed E2 sono corrisposti ai medici di medicina generale a quota oraria (ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, medicina dei servizi territoriali, emergenza sanitaria territoriale, assistenza negli istituti penitenziari) in funzione delle ore di servizio svolte nell'anno di riferimento.
4. Gli arretrati di cui alle tabelle A1, B1, C1, D1, E1, quelli derivanti dagli adeguamenti contrattuali di cui alle tabelle A2, B2, C2, D2 ed E2 e quelli derivanti dalla individuazione regionale del compenso forfetario annuo di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto II) sono corrisposti entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN.
5. Sugli arretrati di cui al presente articolo non si applica il costo dell'assicurazione di malattia in quanto non dovuto.



ART. 6 – FLUSSI INFORMATIVI.

1. I medici di medicina generale assolvono ai compiti informativi derivanti dalla normativa nazionale e dai conseguenti provvedimenti regionali attraverso i sistemi informativi nazionali e regionali mediante la cooperazione ed interoperabilità dei propri applicativi, nel rispetto della normativa sulla *privacy*.
2. Il medico assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
   a) sistema informativo nazionale (NSIS);
   b) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
   c) fascicolo sanitario elettronico (FSE);
   d) certificazione telematica di assenza per malattia del lavoratore dipendente;
   e) certificazione telematica di incapacità temporanea al lavoro per infortunio e malattia professionale.
3. Il medico assolve, altresì, agli obblighi previsti dal flusso informativo definito a livello regionale, connesso all'attività assistenziale, senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a suo carico.
4. L'inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera b), documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del medico in misura pari al 1,15% su base annua. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico di medicina generale.
5. Le comunicazioni tra Azienda sanitaria e medici di medicina generale avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.



ART. 7 – TAVOLO DI CONSULTAZIONE NAZIONALE.

1. Al fine della valutazione del processo di applicazione del presente ACN e di quanto previsto dagli AAIIRR conseguenti al medesimo, nonché al fine di documentare il grado di convergenza/divergenza verso l'obiettivo della uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, le Regioni e le Aziende sanitarie trasmettono alla SISAC il testo degli Accordi decentrati (AIR – Accordo Integrativo Regionale e AAA – Accordo Attuativo Aziendale). La SISAC definisce e raccoglie periodicamente per via informatica ulteriori informazioni utili al monitoraggio.
2. Tali informazioni potranno riguardare i seguenti aspetti:
   a) assetto organizzativo dei servizi territoriali;
   b) principali attività degli stessi servizi;
   c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione;
   d) monitoraggio degli Accordi Integrativi Regionali.
3. La SISAC si impegna a rendere noti periodicamente i risultati di questa attività di monitoraggio.
4. La SISAC attiva un tavolo di consultazione nazionale con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, che si riunisce almeno una volta l'anno, al fine di operare un confronto sulle informazioni di cui al comma 2. In tale sede possono essere discusse iniziative volte a favorire la conciliazione vita-lavoro delle lavoratrici di cui al presente Accordo. Dal confronto possono emergere proposte condivise per le quali la SISAC può farsi promotrice presso gli Organi preposti in sede di rinnovo contrattuale.



CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO

ART. 8 – ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE.

1. Ai sensi della normativa vigente i medici di medicina generale operano all'interno del nuovo assetto definito dell'articolo 2, comma 3 del presente Accordo e aderiscono, secondo quanto previsto dal precedente articolo 6, al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

2. Le Regioni definiscono ai sensi della normativa vigente gli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, osservando i seguenti criteri generali:

   a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;

   b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;

   c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi.

3. La attuazione di quanto previsto dal precedente comma è determinata dagli Accordi Integrativi Regionali.



ART. 9 – PARTECIPAZIONE ALLA FORMA ORGANIZZATIVA MULTIPROFESSIONALE (UCCP).

1. La forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) opera in forma integrata all'interno di Case della Comunità, strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, con una sede di riferimento (*hub*) ed eventuali altre sedi (*spoke*), compresa la sede di riferimento di AFT, che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.
2. Tale forma organizzativa garantisce il carattere multiprofessionale attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. La Regione definisce per le eventuali sedi dislocate nel territorio il livello di complessità organizzativo-strutturale, anche minimo, in relazione a specifiche caratteristiche geografiche.
3. Ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria forma organizzativa multiprofessionale di riferimento. I medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT alle attività della forma organizzativa multiprofessionale nel rispetto della programmazione regionale. Ferma restando la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, le Regioni, in relazione a specifiche caratteristiche demografiche e/o geografiche, possono prevedere la istituzione della AFT presso la sede della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.
4. La forma organizzativa multiprofessionale realizza i propri compiti attraverso:
   a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
   b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
   c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.
5. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della forma organizzativa multiprofessionale sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dai medici di cui al presente Accordo operanti all'interno della forma organizzativa multiprofessionale costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi medici. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera forma organizzativa multiprofessionale, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 modificato dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.



ART. 10 – IL COORDINATORE DELLA FORMA ORGANIZZATIVA MULTIPROFESSIONALE (UCCP).

1. L'Azienda individua il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) tra le figure professionali operanti nell'Azienda stessa attraverso un avviso pubblico. Per i medici del ruolo unico di assistenza primaria la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:
   - il coordinatore deve espressamente accettare l'incarico, essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
   - l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
   - il candidato deve disporre di un adeguato curriculum che evidenzi competenze in assistenza territoriale, organizzazione dei processi di cura, governo clinico e integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale;
   - l'incarico ha una durata di norma triennale.
2. Al coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale sono affidate, in particolare, le funzioni di:
   a) collaborazione con il Distretto alla organizzazione dei percorsi assistenziali;
   b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
   c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
   d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.
3. Il coordinatore predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla forma organizzativa multiprofessionale per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda sulla base delle priorità regionali.
4. Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore", il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II.
5. Il Direttore Generale dell'Azienda nomina il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale, ne valuta annualmente i risultati e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.



ART. 11 – COMITATO REGIONALE.

1. In ciascuna Regione è istituito un Comitato composto da rappresentanti della Regione e da medici di medicina generale operanti nella Regione in rappresentanza delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo e dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale.
2. L'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato. I componenti di parte pubblica del Comitato, titolari e sostituti, sono individuati nel provvedimento istitutivo del Comitato in numero pari al totale dei rappresentanti di parte sindacale.
3. La componente sindacale del Comitato è costituita dal rappresentante legale *pro tempore* di ciascuna Organizzazione Sindacale in possesso dei requisiti di cui al comma 1, o suo delegato. Il delegato deve accreditarsi presso la Regione prima di ciascun incontro. Ciascuna Organizzazione Sindacale comunica l'indirizzo di posta elettronica certificato dove ricevere le convocazioni ed ogni altra informazione..
4. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del Comitato.
5. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica certificata almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione, fatte salve diverse determinazioni a livello regionale.
6. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
7. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per iscritto richiesta di convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione, fatte salve diverse determinazioni a livello regionale.
8. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
10. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
    a) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale;
    b) fornire indirizzi ed esprimere pareri alle Aziende ed ai Comitati Aziendali per l'uniforme applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale;
    c) effettuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali.
    d) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;
    e) avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la medicina generale;
    f) promuovere richieste di pareri alla SISAC da parte della Regione, che si impegna a dare tempestiva comunicazione degli esiti al Comitato.
11. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale. Il Comitato regionale rimane confermato sino all'insediamento del nuovo Comitato, che deve essere effettuato entro 3 (tre) mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.



ART. 12 – COMITATO AZIENDALE.

1. In ciascuna Azienda è costituito un Comitato composto da medici di medicina generale operanti in Regione in rappresentanza delle Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale e dotate di un terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Direttore Generale dell'Azienda o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato. I componenti di parte pubblica del Comitato, titolari e sostituti, sono individuati nel provvedimento istitutivo del Comitato in numero pari al totale dei rappresentanti di parte sindacale.
3. La componente di parte sindacale del Comitato è costituita da un rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale, in possesso dei requisiti di cui al comma 1, indicato dal rappresentante legale *pro tempore*. Il delegato deve accreditarsi presso l'Azienda prima di ciascun incontro. Ciascuna Organizzazione Sindacale comunica l'indirizzo di posta elettronica certificato dove ricevere le convocazioni ed ogni altra informazione.
4. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del Comitato.
5. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica certificata almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione, fatte salve diverse determinazioni a livello aziendale.
6. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
7. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per iscritto richiesta di convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione, fatte salve diverse determinazioni a livello aziendale.
8. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
10. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
    a) formulare pareri e proposte nei confronti del processo di programmazione aziendale, distrettuale e del Piano di Formazione Aziendale (PFA);
    b) monitorare l'applicazione degli Accordi Attuativi Aziendali ed esprimere pareri sulla loro applicazione;
    c) definire il regolamento previsto dall'articolo 29, comma 12, monitorare il funzionamento delle AFT e delle forme organizzative multiprofessionali.
11. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento dell'attività del Comitato. Il Comitato aziendale rimane confermato sino all'insediamento del nuovo Comitato, che deve essere effettuato entro 3 (tre) mesi dall'entrata in vigore dell'Accordo Integrativo Regionale.



ART. 13 – PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE.

1. Nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. l'Azienda definisce gli interventi per la promozione e lo sviluppo della medicina generale, in coerenza con il proprio modello organizzativo e secondo quanto previsto dall'articolo 4, individuando:
   a) gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento all'assistenza nei confronti delle persone affette da malattie croniche, anche in considerazione di quanto previsto all'Allegato 1;
   b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

CAPO III – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

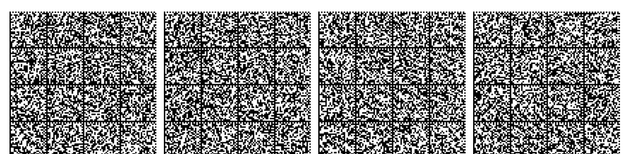
ART. 14 – RAPPRESENTANZA SINDACALE.

1. Ciascuna Organizzazione Sindacale deve essere effettiva titolare delle deleghe espresse dai medici di medicina generale e diretta destinataria delle relative quote associative. Ai fini dell'accertamento della rappresentatività non sono riconosciute valide le Organizzazioni Sindacali costituite mediante fusione, affiliazione, o in altra forma, e che non risultino effettive titolari delle deleghe.
2. Il rappresentante legale provvede al deposito presso la SISAC dell'atto costitutivo e dello statuto della propria Organizzazione Sindacale, da cui risulti la titolarità in proprio delle deleghe di cui al comma 1. Ogni successiva variazione deve essere comunicata alla SISAC entro tre mesi.
3. Ciascuna Organizzazione Sindacale è misurata sulla base delle deleghe di cui è direttamente titolare ed intestataria.
4. I dirigenti sindacali rappresentano esclusivamente un'unica Organizzazione Sindacale e non possono essere dirigenti di altre Organizzazioni Sindacali.



ART. 15 – RAPPRESENTATIVITÀ.

1. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo sindacale alle singole Aziende dai medici convenzionati titolari di incarico a tempo indeterminato, determinato e provvisorio. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno. Le Aziende provvedono alla trattenuta delle quote sindacali, in ottemperanza all'articolo 8, comma 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni ed in ossequio alle previsioni dell'articolo 43 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., esclusivamente sulla base della delega rilasciata dall'iscritto.
2. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le Organizzazioni Sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
3. Le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Le Organizzazioni Sindacali, firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.
5. I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti, la composizione delle quali è definita, rispettivamente, dalla Regione e dalle Aziende prima dell'avvio della negoziazione, in accordo con le Organizzazioni Sindacali. L'Accordo Collettivo Nazionale e gli Accordi decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati da Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno degli iscritti.
6. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC, che certifica la consistenza associativa e la comunica entro il 31 ottobre, e comunque non oltre il 31 dicembre, di ogni anno alle Organizzazioni Sindacali. Entro il mese di febbraio di ciascun anno le Aziende comunicano alla SISAC e all'Assessorato regionale alla Sanità la consistenza associativa risultante alla data del 1° gennaio di ogni anno.
7. In tutti i casi in cui occorra applicare il criterio della consistenza associativa si fa riferimento alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente. Per le trattative disciplinate dall'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative, indipendentemente dalla durata delle stesse.
8. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le deleghe rilasciate dai medici di medicina generale di importo superiore alla metà del valore medio, ridotto del 10%, delle trattenute richieste da tutte le Organizzazioni Sindacali rappresentative nel corso del precedente anno solare. Il calcolo è operato dalla SISAC secondo quanto previsto dall'Allegato 2 – Modalità di calcolo della trattenuta media valida ai fini della rappresentatività sindacale. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.



ART. 16 – DIRITTI SINDACALI.

1. Per lo svolgimento durante l'attività di servizio dell'attività sindacale, debitamente comunicata da parte dei rappresentanti nazionali, regionali ed aziendali, a ciascuna Organizzazione Sindacale maggiormente rappresentativa e firmataria del presente Accordo viene riconosciuta la disponibilità di 3 (tre) ore annue per ogni iscritto rilevato, sulla base dell'articolo 15 del presente Accordo.

2. La segreteria nazionale del sindacato e/o le articolazioni territoriali dello stesso comunicano alle Aziende, per il tramite delle procedure informatiche predisposte dalla SISAC, entro e non oltre un mese dalla certificazione di cui all'articolo 15, comma 6 del presente Accordo, i nominativi dei propri rappresentanti, l'Azienda di appartenenza e le ore assegnate.

3. La SISAC trasmette le comunicazioni di competenza, con le procedure informatiche di cui al precedente comma 2. Ogni eventuale variazione in corso d'anno deve essere tempestivamente registrata dall'Organizzazione Sindacale utilizzando la stessa procedura informatica.

4. Le procedure informatiche sono predisposte dalla SISAC sulla base dell'Allegato 3 del presente Accordo.

5. Il rappresentante sindacale che svolge attività a ciclo di scelta, ha diritto alla sostituzione per garantire l'adempimento di tutte le funzioni e compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi Integrativi Regionali, nei limiti delle ore assegnate dalla O.S. rappresentata e comunque per un importo non superiore alla retribuzione da egli percepita per l'attività a ciclo di scelta nel mese precedente.

6. I rappresentanti sindacali comunicano mensilmente alla propria Azienda il nominativo del sostituto e il numero delle ore di sostituzione utilizzate nel mese precedente. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, avendo a riferimento il compenso orario di cui all'articolo 47, comma 3, lettera A, al netto degli oneri previdenziali e fiscali. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 36 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

7. Nel caso di rappresentante sindacale che svolga attività oraria l'Azienda provvede al pagamento sulla base del suo orario di incarico. Le assenze per attività sindacale sono considerate attività di servizio.



ART. 17 – PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI.

1. Ai medici che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali, per l'attività a ciclo di scelta è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per le sostituzioni nella misura prevista dagli Accordi Integrativi Regionali. La partecipazione dei medici ad attività oraria è considerata attività di servizio. Ai medici sono altresì rimborsate le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.
2. Le attività di cui al comma precedente devono essere debitamente comprovate da attestazioni ufficiali.
3. Le assenze dal servizio per le attività di cui al comma 1 sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera.

ART. 18 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO.

1. L'esercizio del diritto di sciopero, le prestazioni indispensabili e le loro modalità di erogazione e quanto altro previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, sono regolamentati secondo quanto previsto dall'Allegato 4 del presente Accordo, recante l'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale.



CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ART. 19 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I medici da incaricare per la medicina generale sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure informatiche tese allo snellimento burocratico e al rispetto dei tempi.
2. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 21, comma 1, lettere f) e j) e devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:
   a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
   b) iscrizione all'Albo professionale;
   c) titolo di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 5.
3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i medici di cui al comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, oltre al punteggio per il titolo di cui al precedente comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere presentata ogni anno. La stessa deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'articolo 20. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il medico esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di cui al comma 6 e ad accedere alla procedura di ricambio generazionale di cui al successivo comma 11.
4. L'amministrazione regionale o l'Azienda sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'articolo 20, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.
5. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda sanitaria individuata dalla Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della



Regione costituisce notificazione ufficiale. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

6. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

   a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

   b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

   c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.

   Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448:

   d) medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

   e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

7. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 6, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 3, ultimo capoverso. I medici di cui al precedente comma, lettere da b) a e) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

8. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 2, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.

9. Il medico che accetta l'incarico in un settore di cui all'articolo 2, comma 1 del presente Accordo non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi dello stesso settore in base alla medesima graduatoria regionale.

10. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei medici aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti.

11. I medici iscritti alla graduatoria di cui al comma 1 possono chiedere di accedere alla procedura di ricambio generazionale derivante dalla Anticipazione della Prestazione Previdenziale (di seguito denominata APP), di cui all'Allegato 5 del presente Accordo. Tale richiesta deve essere effettuata o confermata entro il termine del 30 aprile dell'anno di riferimento della graduatoria.



ART. 20 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE.

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e lode:
p. 1,00

b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p. 0,50

c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: p. 0,30

d) specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di medicina generale ai sensi della normativa vigente,

per ciascuna specializzazione: p. 0,50

e) titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni: p. 7,20

f) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):

complessivamente p. 0,20

g) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC:

complessivamente p. 0,20

II. TITOLI DI SERVIZIO:

a) attività di medico a ciclo di scelta, con incarico a tempo indeterminato e provvisorio,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

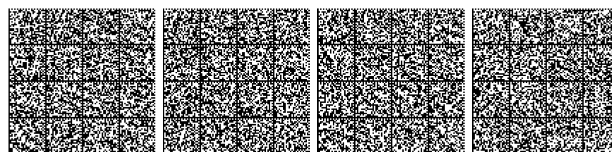
b) servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione

per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

c) attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria incaricato a tempo indeterminato e determinato ai sensi del presente Accordo (valutabile per incarichi conferiti dal 2025)

per ciascun mese complessivo: p. 0,30

Il punteggio è elevato a 0,40 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;



d) attività di sostituzione del medico incaricato a ciclo di scelta, solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera b),

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

e) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale,

per ogni mese di attività: p. 0,20

f) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali,

per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

g) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il S.S.N., presso gli Istituti penitenziari,

per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

h) attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della L. 9 ottobre 1970, n. 740,

per ogni mese di attività: p. 0,20

i) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate

per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: p. 0,10

j) attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende,

per ciascun mese complessivo, corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,20

k) turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità dell'assistenza o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo,

per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,05

l) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi,

per ciascun mese complessivo: p. 0,10

m) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti,

per ciascun mese: p. 0,05



n) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,

per ciascun mese p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) è stato svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

o) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della L. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,

per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: p. 0,10

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico;

p) attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato,

per ogni mese di attività: p. 0,20

q) servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'articolo 8 della Legge 24 ottobre 2000, n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

r) servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui al presente Accordo; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430,

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

s) attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale derivante dalla APP, di cui all'Allegato 5 del presente Accordo:

per ciascun mese complessivo: p. 0,20

Il punteggio è elevato a 0,30 per l'attività nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

t) attività con incarico temporaneo svolta dai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 nel periodo di frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale

per ciascun mese complessivo, corrispondente a 96 ore di attività: p. 0,10.

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.



3. Relativamente al servizio calcolato su base oraria, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore alla metà. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

4. Il servizio effettivo indicato dal presente articolo è determinato dalle sole ore di attività svolta ed i periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza e puerperio. Dall'entrata in vigore del presente Accordo, sono valutati come servizio anche i periodi di sospensione dalle attività di medicina generale di cui all'articolo 22, commi 2, 3, 4 e 6 successivi a tale data.

5. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo, ad eccezione della reperibilità di cui alla lettera k). In caso di servizi concomitanti è valutato quello che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di formazione specifica in medicina generale non sono valutabili, fatta eccezione per le attività di cui al comma 1, punto II, lettera t) del presente articolo. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere d) ed e) del presente articolo.

6. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

7. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.



ART. 21 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi del punto 6, comma 3, dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo il medico che:

   a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo quanto previsto nelle norme finali n. 1, n. 11 e n. 12;

   b) eserciti altre attività o sia titolare o compartecipe delle quote di imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale;

   c) svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N.;

   d) svolga attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta;

   e) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta e/o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali;

   f) fruisca del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

   g) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore ovvero operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. È consentito esclusivamente lo svolgimento di attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale. Tale incompatibilità opera, limitatamente ai propri assistiti, per i medici che svolgono attività presso gli stabilimenti termali e determina le conseguenti limitazioni del massimale;

   h) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

   i) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale, fatto salvo quanto previsto all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, o ai corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia;

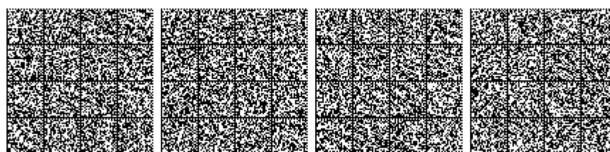
   j) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'Allegato 5 del presente Accordo.

2. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni, fatto salvo quanto previsto



dall'articolo 38 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire nuove scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente conviventi.

3. L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria è incompatibile con qualsiasi altro rapporto convenzionale ai sensi del presente Accordo. L'incarico per l'emergenza sanitaria territoriale è incompatibile con tutti gli altri rapporti convenzionali di cui al presente Accordo.
4. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del medico incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
5. Con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità, il medico deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, secondo quanto previsto dalla norma finale n. 9 del presente Accordo.
6. La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal presente Accordo, contestata al medico, comporta i conseguenti provvedimenti previsti dall'articolo 24.
7. La compatibilità dell'attività libero professionale del medico convenzionato è disciplinata dall'articolo 28 del presente Accordo.



ART. 22 – SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI E DALLE ATTIVITÀ CONVENZIONALI.

1. Il medico è sospeso dagli incarichi della medicina generale nei seguenti casi:
   a) esecuzione dei provvedimenti di cui all'articolo 25;
   b) sospensione dall'Albo professionale;
   c) servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125;
   d) provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dall'autorità giudiziaria;
   e) frequenza ad un corso di dottorato di ricerca previa autorizzazione dell'Azienda.
2. Il medico è sospeso dalle attività di medicina generale nei seguenti casi:
   a) in caso di malattia o infortunio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque; per la durata complessiva della inabilità temporanea assoluta, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale. Tali condizioni devono essere comunicate dal medico all'Azienda;
   b) per documentati motivi assistenziali nei riguardi di familiare con gravi motivi di salute, fino ad un massimo di 3 giorni/turni al mese;
   c) incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi o di dirigenza che prevedano assunzione di responsabilità ed autonomia gestionale ed organizzativa presso il S.S.N. o altre pubbliche amministrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale;
   d) partecipazione, preventivamente autorizzata dall'Azienda, ad iniziative istituzionali a carattere umanitario o di solidarietà sociale;
   e) partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'articolo 26 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
3. Il medico di medicina generale ha diritto di usufruire di sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a 18 (diciotto) mesi nell'arco di 5 (cinque) anni nei seguenti casi:
   a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
   b) adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall'adozione o affido;
   c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
   d) assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, con inabilità totale e titolari di indennità di accompagnamento.

   Su richiesta del medico ad incarico orario che si trovi nella condizione di cui alla lettera a) del presente comma, l'Azienda provvede ad articolare l'attività in orario diurno.



4. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria comunica all'Azienda, relativamente a quanto previsto al comma precedente, le modalità e la percentuale di sostituzione per l'attività a ciclo di scelta.
5. Il medico di medicina generale con incarico orario per gravidanza e puerperio sospende l'attività convenzionale per tutto il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria per gravidanza e puerperio può richiedere la sospensione totale o parziale dell'attività lavorativa a ciclo di scelta, secondo quanto previsto dall'articolo 36, commi 9 e 10, per tutto il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti. Per adozione o affido di minore il medico di medicina generale può richiedere la sospensione dall'attività per un periodo di durata pari a quello previsto dall'articolo 26 del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151.
6. Il medico può richiedere la sospensione dall'attività convenzionale per ristoro psico-fisico, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 54, comma 1, e dall'articolo 68, comma 3, per un periodo non superiore a trenta giorni lavorativi nell'arco di un anno con sostituzione a proprio carico per l'attività a ciclo di scelta. Il ristoro psico-fisico per gli incaricati del ruolo unico di assistenza primaria ai sensi del presente Accordo deve essere fruito contemporaneamente per l'attività a ciclo di scelta ed oraria.
7. La sospensione dall'attività di medicina generale di cui ai commi 2, 3, 5 e 6 non comporta soluzione di continuità del rapporto convenzionale ai fini della anzianità di servizio.
8. I periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, non sono considerati, a nessun titolo, come attività di servizio convenzionale. I periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, non comportano la erogazione del trattamento economico e previdenziale a carico del S.S.N. per l'intero periodo, fatta eccezione per i medici del ruolo unico di assistenza primaria che comunque assicurino la disponibilità del proprio studio per l'attività convenzionale a ciclo di scelta, ai quali è riconosciuto il compenso di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I, inclusi i relativi oneri previdenziali ed assicurativi.
9. Nei casi previsti dal presente articolo il medico è sostituito secondo le modalità stabilite dal presente ACN. Nei periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, l'onere della sostituzione è a carico dell'Azienda.
10. Il provvedimento di sospensione dall'incarico convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda sanitaria.
11. Per quanto previsto al comma 2, lettera c), la sospensione dall'attività convenzionale deve essere comunicata da parte del medico all'Azienda con un preavviso minimo di 15 giorni.
12. Le autorizzazioni di cui al comma 2, lettere d) ed e), sono richieste dal medico 30 giorni prima dell'evento e la risposta della ASL viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta; in assenza di risposta la richiesta si intende approvata. Il diniego deve essere adeguatamente motivato. Il rispetto dei predetti termini è derogabile esclusivamente nell'ambito di operazioni di protezione civile in caso di calamità naturale.
13. Tranne che per le ipotesi di cui ai commi precedenti e per l'espletamento del mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico e sindacale, per ulteriori e motivate richieste di sospensione dall'attività l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'articolo 12, si esprime con motivazione sulla richiesta.



ART. 23 – ASSENZE PER INCARICHI ISTITUZIONALI.

1. I medici con mandato parlamentare, i consiglieri regionali, coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni pubbliche nelle Giunte regionali o degli altri Enti locali, nonché i medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati possono sospendere l'attività convenzionale. In tal caso, per l'attività a ciclo di scelta si avvalgono, con oneri a proprio carico, della collaborazione professionale di medici retribuiti con compenso orario non inferiore a quanto previsto dall'articolo 36, comma 11.
2. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del titolare.
3. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 36 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.



ART. 24 – CESSAZIONE, REVOCA E DECADENZA DELL'INCARICO CONVENZIONALE.

1. L'incarico cessa per i seguenti motivi:

   a) recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno 30 giorni di preavviso in caso di trasferimento e di 60 giorni negli altri casi. Su specifica richiesta dell'interessato l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti;

   b) compimento del 70° anno di età, fatte salve diverse disposizioni normative.

2. L'incarico è revocato in caso di provvedimento ai sensi dell'articolo 25 del presente Accordo.

3. L'incarico, nel rispetto del procedimento di cui alla L. 7 agosto 1990, n. 241, decade per le seguenti motivazioni:

   a) radiazione o cancellazione dall'Albo professionale;

   b) omessa o non veritiera dichiarazione, relativamente a fatti, stati e posizione giuridica, che abbia determinato l'indebito conferimento dell'incarico convenzionale;

   c) sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'articolo 35. Per gli incarichi del ruolo unico di assistenza primaria conferiti ai sensi del presente Accordo la decadenza riguarda l'intero incarico ad attività oraria e a ciclo di scelta;

   d) incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi dell'articolo 1, comma 2 della Legge 15 ottobre 1990, n. 295, su disposizione dell'Azienda. Nel caso in cui l'Azienda scelga un componente della commissione tra i medici di cui al presente Accordo, provvede sentito il Comitato aziendale;

   e) insorgenza fraudolentemente non dichiarata di causa di incompatibilità di cui all'articolo 21 del presente Accordo;

   f) l'aver compiuto il periodo massimo di sospensione dall'attività previsto dall'articolo 22, comma 2, lettera a) e dall'articolo 55, comma 1;

   g) mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale per i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall'articolo 24, commi 5 e 6, del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368;

   h) mancato avvio dell'attività, a seguito del conferimento di incarico di cui all'articolo 33.

   Nei casi di decadenza, di cui alle lettere b) ed e), il medico può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi quattro anni dalla decadenza. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.

4. Il provvedimento relativo alla risoluzione del rapporto convenzionale è adottato dal Direttore Generale della Azienda

5. In caso di improvvisa cessazione dell'attività del medico titolare l'Azienda informa i cittadini della necessità di procedere alla scelta di un altro medico.



ART. 25 – PROCEDIMENTO DI CONTESTAZIONE.

1. I medici di medicina generale sono tenuti ad una condotta informata a principi di correttezza e rispetto e all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi Regionali e Aziendali. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del medico le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi, inadempienze di altri operatori o dell'Azienda.

2. Per le contestazioni relative a fatti di minore gravità per i quali sono previsti il richiamo verbale o il richiamo scritto è competente il Direttore del Distretto che, sentito il referente di AFT, procede a circostanziare il fatto al fine di valutare se proseguire o meno con la contestazione dell'addebito. Nel caso in cui il Direttore di Distretto ritenga che la contestazione da formulare sia relativa a fatti più gravi di quelli che comporterebbero il richiamo scritto, entro 20 (venti) giorni dalla notizia del fatto trasmette gli atti all'UPDC dandone contestuale comunicazione all'interessato.

3. Per le contestazioni relative a fatti di maggiore gravità di cui al seguente comma 7, lettera b) l'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD), istituito presso ciascuna Azienda, assume la denominazione di Ufficio per i Procedimenti Disciplinari del personale Convenzionato (UPDC) sostituendo un proprio componente con uno in rapporto di convenzionamento di cui al presente Accordo, nominato dal Direttore Generale su una terna di nominativi proposti dal Comitato Aziendale di cui all'articolo 12.

4. Nell'ambito del procedimento disciplinare, la contestazione dell'addebito deve essere specifica e tempestiva e riportare l'esposizione chiara e puntuale dei fatti, nel rispetto delle procedure di seguito indicate.

   Nel corso dell'istruttoria, il Direttore del Distretto o l'UPDC possono acquisire ulteriori informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. La predetta attività istruttoria non determina la sospensione del procedimento, né il differimento dei relativi termini.

   Le comunicazioni al medico e l'accesso agli atti del procedimento avvengono come di seguito indicato:

   a) ogni comunicazione al medico, nell'ambito del procedimento disciplinare, è effettuata tramite posta elettronica certificata;

   b) il medico ha diritto di accesso agli atti istruttori del procedimento, salvo nei casi di atti sottratti all'accesso ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

   c) la sanzione disciplinare deve essere adeguatamente motivata e notificata all'interessato.

5. Non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari, decorsi due anni dalla loro irrogazione.

6. In caso di più violazioni compiute con un'unica azione o omissione si applica la sanzione più grave. In caso di medico titolare di più rapporti convenzionali la sanzione riguarda il solo incarico nell'esercizio del quale si è verificata la violazione. Per gli incarichi del ruolo unico di assistenza primaria conferiti ai sensi del presente Accordo la sanzione riguarda l'intero incarico ad attività oraria e a ciclo di scelta.

7. I modi e i tempi per l'avvio del procedimento e l'applicazione delle sanzioni sono i seguenti:



a) procedimento per il Direttore del Distretto:

I. il Direttore del Distretto entro 15 (quindici) giorni dal momento in cui viene a conoscenza di comportamenti punibili con la sanzione di minor gravità, contesta per iscritto l'addebito al medico e lo convoca, con un preavviso di almeno 15 (quindici) giorni, per il contraddittorio a sua difesa, con l'eventuale assistenza di un procuratore e/o di un rappresentante dell'Organizzazione Sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;

II. entro il termine fissato, il medico convocato, se non intende presentarsi, può inviare una memoria scritta o, in caso di grave od oggettivo impedimento, formulare motivata istanza di rinvio del termine per l'esercizio della propria difesa;

III. in caso di differimento superiore a 10 (dieci) giorni dalla scadenza del preavviso, per impedimento del medico, il termine per la conclusione del procedimento è prorogato in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una volta sola nel corso del procedimento, fatto salvo particolari casi riconosciuti e certificati. Qualora il medico non produca alcuna controdeduzione scritta o non si presenti, il Direttore di Distretto dà corso, comunque, alla valutazione del caso;

IV. il Direttore del Distretto conclude il procedimento, con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione, entro 60 (sessanta) giorni dalla contestazione dell'addebito;

b) procedimento per l'UPDC:

I. l'UPDC con immediatezza, e comunque non oltre 30 (trenta) giorni decorrenti dal ricevimento della segnalazione da parte del Direttore del Distretto, ovvero dal momento in cui abbia altrimenti avuto comunicazione formale dei fatti ritenuti di rilevanza disciplinare di propria competenza, sentito il Direttore di Distretto sul grado di gravità della violazione, provvede alla contestazione scritta dell'addebito e convoca l'interessato, con un preavviso di almeno 20 (venti) giorni, per l'audizione in contraddittorio a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore e/o di un rappresentante dell'Organizzazione Sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;

II. in caso di grave od oggettivo impedimento, ferma la possibilità di depositare memorie scritte, il medico può formulare istanza motivata di differimento dell'audizione a sua difesa con proroga del termine per la conclusione del procedimento in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una sola volta nel corso del procedimento, fatto salvo particolari casi riconosciuti e certificati. Qualora il medico non produca alcuna controdeduzione scritta o non si presenti, l'UPDC dà corso comunque alla valutazione del caso;

III. le determinazioni conclusive del procedimento disciplinare sono assunte dal Direttore Generale entro 120 (centoventi) giorni dalla contestazione dell'addebito.

IV. l'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione, compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.



8. Nelle procedure di cui al presente articolo il Direttore di Distretto può essere sostituito dal Direttore di Dipartimento, se previsto dalla normativa regionale.
9. Le violazioni di cui al presente articolo danno luogo all'applicazione di sanzioni, avuto riguardo ai seguenti criteri:
   - intenzionalità del comportamento, negligenza, imprudenza, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;
   - rilevanza della infrazione e dell'inosservanza delle disposizioni contrattuali;
   - disservizio provocato;
   - occasionalità o ripetitività dell'infrazione;
   - recidiva di sanzioni disciplinari nel biennio precedente.
10. Le violazioni di minore gravità danno luogo all'applicazione del richiamo verbale e, per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale, al richiamo scritto da parte del Direttore di Distretto.
11. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni da parte dell'UPDC:
    a) sanzione pecuniaria, di importo non inferiore al 10% e non superiore al 20% della retribuzione corrisposta nel mese precedente, per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi e per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo scritto;
    b) sospensione dall'incarico per durata non inferiore a 1 mese e non superiore a 6 mesi per infrazioni di maggior gravità rispetto alla lettera precedente e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
    c) revoca dell'incarico con preavviso per infrazioni particolarmente gravi, per fatti illeciti di rilevanza penale e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione dall'incarico. Comportano, in ogni caso, la revoca con preavviso le seguenti violazioni:
       - mancato rispetto delle norme contrattuali in materia di espletamento di attività libero professionale;
       - accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, per prestazioni previste dagli Accordi rese ai propri assistiti o agli utenti;
       - mancato rispetto delle norme in tema di incompatibilità in costanza di incarico, ad esclusione della fattispecie prevista dall'articolo 24, comma 3, lettera e).
    d) revoca dell'incarico senza preavviso per infrazioni relative agli obblighi deontologici, legali e convenzionali o per fatti illeciti di rilevanza penale, di gravità tale da compromettere irrimediabilmente il rapporto di fiducia con l'Azienda e da non consentire la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.
12. Al medico non può essere conferito un nuovo incarico convenzionale ai sensi del presente ACN in caso di revoca dell'incarico convenzionale:
    - per condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;
    - per responsabilità penale, risultante da condanna passata in giudicato, per delitti commessi al di fuori dell'attività di medico convenzionato e non attinenti in via diretta al rapporto di



lavoro ma che per la loro specifica gravità non siano compatibili con la prosecuzione del suddetto rapporto;

- senza preavviso, di cui al comma 11, lettera d), salvo il venir meno dei presupposti di adozione del provvedimento stesso di revoca.

13. Negli altri casi di revoca, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi due anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito differente da quello detenuto all'atto della revoca per motivi disciplinari.

14. Per le fattispecie di cui al comma 11, lettere c) e d), il procedimento prosegue anche in caso di sopravvenuta cessazione del rapporto di convenzionamento del medico con l'Azienda.

15. La violazione dei termini stabiliti nel presente articolo comporta, nel caso in cui la responsabilità sia dell'Azienda, la decadenza dall'azione disciplinare e, nel caso in cui la responsabilità sia del medico di medicina generale, la decadenza dall'esercizio del diritto di difesa.

16. Per quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni del Codice di Procedura Civile.



ART. 26 – FORMAZIONE CONTINUA (ECM).

1. La formazione professionale continua per il medico di medicina generale riguarda la crescita culturale e professionale dello stesso, le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e nel rispetto della programmazione regionale ed aziendale.
2. Le Aziende sanitarie adottano il Piano di Formazione Aziendale (PFA) con il supporto delle strutture e con il contributo degli organi preposti alla formazione continua e del Comitato di cui all'articolo 12 del presente Accordo.
3. Il PFA è costruito sulla base:
   - dei bisogni formativi dei medici evidenziati dai dossier formativi;
   - dell'analisi della situazione esistente;
   - degli indirizzi derivanti dal Piano strategico aziendale, dai Piani sanitari e formativi regionali e nazionali e dai programmi di collaborazione con le Università.

   In particolare, per le attività rivolte anche alla medicina generale, il PFA tiene conto:
   - degli indirizzi derivanti dai Piani di Formazione Nazionali e Regionali;
   - delle necessità formative derivanti dai programmi di integrazione ospedale-territorio;
   - delle necessità formative derivanti dall'applicazione degli Accordi regionali e aziendali;
   - delle necessità formative derivanti da disposizioni normative.
4. Le Regioni, sulla base di specifici Accordi regionali, possono dotarsi di appositi Centri Formativi Regionali per la medicina generale.
5. La formazione continua avviene attraverso iniziative di formazione e apprendimento utilizzabili ai fini dell'ECM, tramite formazione residenziale, Formazione a Distanza (FAD), attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, autoformazione entro il limite previsto dalla normativa vigente, ecc., che danno luogo a crediti formativi quantificati in base agli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e agli indirizzi della Commissione Nazionale per la Formazione Continua.
6. Le iniziative regionali ed aziendali di formazione e apprendimento utilizzabili ai fini dell'ECM garantiscono almeno il 50% e possono valere fino al 70% del debito formativo annuale. Le Regioni e le Aziende pubblicano sui propri siti istituzionali entro il 30 giugno di ogni anno gli eventi ECM che intendono organizzare nell'anno, al fine di permettere ai medici di poter completare l'acquisizione dei crediti formativi previsti, anche in applicazione del successivo comma 10.
7. Nel caso in cui le iniziative di cui al comma 6 vengano effettuate con formazione residenziale, si svolgono di norma il sabato mattina nel limite di 40 ore annue, secondo le modalità definite dagli Accordi regionali e la partecipazione rientra nei compiti retribuiti e prevede l'eventuale sostituzione del medico a carico dell'Azienda.
8. L'Azienda, sentito il Comitato aziendale, definisce l'obbligatorietà dei corsi del presente articolo.
9. Il medico che non frequenti per due anni consecutivi le iniziative obbligatorie di formazione e apprendimento utilizzabili ai fini dell'ECM è soggetto, salvo giustificati motivi, all'attivazione



delle procedure disciplinari di cui all'articolo 25 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

10. Il medico di medicina generale ha facoltà di partecipare a proprie spese a iniziative di formazione e apprendimento di cui al comma 5, non organizzate né gestite direttamente dalla Regione o dalle Aziende, ma comunque svolte da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina generale, fino alla concorrenza del 30% / 50% utile al completamento dei crediti previsti per l'aggiornamento; in ogni caso la partecipazione a tali corsi non può comportare oneri a carico dell'Azienda.



ART. 27 – ATTIVITÀ DIDATTICA.

1. Le Regioni, le Aziende, le Università e gli Ordini dei medici possono promuovere attività di ricerca e sperimentazione in collaborazione con i medici di medicina generale.
2. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono:
   a) il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, per la realizzazione della formazione continua di cui al precedente articolo, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico. Gli stessi Accordi possono definire criteri di riconoscimento di attestati di idoneità conseguiti in altri corsi di formazione specifica;
   b) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i medici di medicina generale, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;
   c) il fabbisogno regionale di docenti di medicina generale per i corsi di formazione continua di cui all'articolo precedente, nonché i criteri per la individuazione dei docenti di medicina generale da inserire in apposito elenco sulla base del loro curriculum formativo;
   d) la promozione di attività di sperimentazione e ricerca, anche in collaborazione con le Università.
3. Le Regioni possono organizzare specifici corsi di formazione per i medici di medicina generale che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor) e regolamentare l'iscrizione degli stessi medici "esperti" in formazione in uno specifico elenco.
4. Le attività didattiche di cui al presente articolo non possono determinare oneri derivanti dal presente Accordo e non comportano riduzione del massimale individuale.



ART. 28 – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il medico di medicina generale, nel rispetto degli obblighi e delle funzioni previste dal presente Accordo, può svolgere attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio, dandone comunicazione all'Azienda, purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei propri compiti convenzionali, ivi compresi quelli riferiti all'attività all'interno della AFT.

2. Il medico con attività a ciclo di scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati in favore dei propri assistiti. Fanno eccezione, a titolo esemplificativo, alcune prestazioni tra cui:

   a) prestazioni professionali anche comportanti l'impiego di supporti tecnologici e strumentali, diagnostici e terapeutici, non comprese tra le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6 o tra quelle retribuite in base a percorsi assistenziali previsti da Accordi regionali o aziendali stipulati con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative;

   b) prestazioni richieste e prestate nelle fasce orarie notturne, il sabato ed i festivi;

   c) prestazioni specialistiche inerenti la specializzazione posseduta;

   d) prestazioni concernenti discipline cliniche predeterminate dall'interessato e delle quali l'assistito sia portato preventivamente a conoscenza;

   e) specifiche attività definite dall'Azienda anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali.

3. Il medico che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da Accordi regionali o aziendali non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale.

4. L'attività certificativa prevista dalla normativa vigente nei confronti dei propri assistiti nonché le visite occasionali riferite ai non residenti e l'assistenza ai turisti non configurano attività libero professionale ai sensi del presente articolo. Il medico incaricato ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, non può esercitare attività libero professionale ai sensi del presente articolo.

5. Nell'ambito dell'attività libero professionale il medico può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'articolo 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.



TITOLO II – ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

CAPO I – RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

ART. 29 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT).

1. Le AFT, di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189, sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.
2. Le AFT condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, secondo quanto previsto all'articolo 8 del presente Accordo.
3. La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, ed è costituita da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.
4. L'istituzione della AFT garantisce la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nell'ambito dei modelli organizzativi regionali e può disporre di una sede di riferimento individuata dall'Azienda o dai medici componenti.
5. La AFT è priva di personalità giuridica. I medici partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative; in ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche proprie del medico di medicina generale regolamentate dal presente Accordo e dagli accordi decentrati.
6. I compiti essenziali della AFT sono:
   a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti ai sensi dell'articolo 46;
   b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
   c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.
7. La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo regionale, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.
8. I medici del ruolo unico di assistenza primaria, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa, ed in particolare operano per:



a) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, con diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;

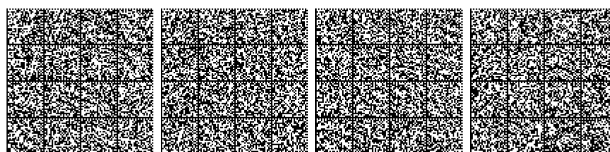
b) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

9. I medici del ruolo unico di assistenza primaria sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure.

10. L'Accordo integrativo Regionale può integrare compiti e funzioni delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico assicurata alla popolazione di riferimento.

11. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali di cui alla all'articolo 3-quater, comma 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

12. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.



ART. 30 – IL REFERENTE DI AFT.

1. I medici componenti la AFT individuano al loro interno, con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12, un referente ed il suo sostituto. I medici proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista. Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento. Tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere.
2. Il referente si occupa, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.
3. Il referente coordina altresì l'attività dei medici componenti della AFT allo scopo di garantire la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.
4. Il referente predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda.
5. Il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere disservizi inerenti alla AFT a seguito di segnalazioni.
6. Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 47, comma 2, lettera B, punto II.
7. Il Direttore Generale dell'Azienda ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione ai compiti di cui al presente articolo. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati di cui all'articolo 29, comma 11 del presente Accordo e sentiti i componenti della AFT, ovvero su richiesta dei componenti della AFT secondo quanto previsto dal regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12 del presente Accordo, il Direttore Generale dell'Azienda può procedere, anche prima della scadenza, al subentro del sostituto nella funzione fino alla nuova designazione ai sensi del precedente comma 1.
8. Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
9. L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12 del presente Accordo.



ART. 31 – RUOLO UNICO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo i nuovi incarichi del ruolo unico di assistenza primaria sono conferiti in una sola Azienda a seguito delle procedure di cui all'articolo 34 e comportano un impegno a tempo pieno, con progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria. L'incarico del ruolo unico di assistenza primaria riguarda anche i medici incaricati APP di cui all'Allegato 5.

2. Il ruolo unico di assistenza primaria dei medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria fino al termine di cui al comma 1, istituito dal D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, è disciplinato dall'articolo 31 dell'ACN 28 aprile 2022. Il presente Accordo ne dà effettiva attuazione, con previsione di svolgimento a tempo pieno dell'attività convenzionale, a ciclo di scelta e/o su base oraria, nell'ambito delle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).

3. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria già operanti a tempo indeterminato di cui al comma precedente l'Azienda propone il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale di cui all'articolo 38 del presente Accordo, al fine della riconduzione ad una unica AFT dei rapporti convenzionali finora possibili fra diverse Aziende, anche di altre Regioni. Il completamento è offerto ai medici con maggiore anzianità di incarico operanti in AFT e successivamente in Azienda. In caso di pari anzianità si fa riferimento ai criteri di cui all'articolo 34, comma 11. L'accettazione del completamento comporta il conferimento dell'incarico del ruolo unico di assistenza primaria di cui al presente Accordo.



ART. 32 – RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE.

1. L'assetto organizzativo dell'assistenza primaria e l'attuazione del ruolo unico implicano l'individuazione di nuovi parametri ed un diverso criterio di determinazione del rapporto tra il numero dei medici operanti sul territorio ed abitanti residenti, come definito nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, coerentemente con i modelli organizzativi adottati. Tali Accordi possono indicare per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale rapporti ottimali diversi, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, anche con riferimento a territori a bassa densità abitativa, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale.
2. In assenza degli Accordi Integrativi Regionali, dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo, si applica il parametro di un medico ogni 1.200 residenti o frazione di 1.200 superiore al 50%, calcolato secondo quanto previsto dall'Allegato 7, con un correttivo aggiuntivo di un medico ogni 5.000 residenti.
3. La AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale a scelta e su base oraria.
4. Per la determinazione del rapporto medici / residenti nei Comuni comprendenti più Aziende, si fa riferimento alla popolazione complessiva residente nel Comune.
5. L'ambito territoriale di iscrizione del medico, ai fini dell'esercizio della scelta da parte del cittadino e della apertura degli studi medici, è costituito, sulla base di determinazioni regionali, da uno o più Comuni con popolazione di almeno 7.000 abitanti; per particolari situazioni possono essere individuati ambiti territoriali con popolazione minore di 7.000 ma comunque non inferiore a 5.000 unità. Il medico operante in un Comune comprendente più Aziende è iscritto nell'elenco di una sola Azienda. In caso di modifica di ambito territoriale, il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, nel rispetto del diritto di scelta degli assistiti.
6. In tutti i Comuni, Circoscrizioni e località con un numero di residenti superiore al 50% del valore utilizzato nella determinazione del rapporto ottimale riferito all'attività a ciclo di scelta deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, in presenza o in telemedicina sulla base di regolamentazione aziendale.
7. Gli Accordi Integrativi Regionali possono individuare specifiche modalità di determinazione degli ambiti da definirsi carenti per renderli più aderenti al fabbisogno assistenziale delle varie AFT, tenendo conto, in particolare, delle seguenti condizioni:
   a) diverso impegno professionale relativo agli assistibili appartenenti alle varie classi di età;
   b) peculiarità geografiche del territorio e densità abitativa;
   c) presidi sanitari pubblici operanti nel territorio;
   d) incidenza di patologie croniche e disabilità.
8. In caso di carenza assistenziale, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti come previsto dall'articolo 34, comma 1, l'Azienda propone ai medici, già titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta all'entrata in vigore dell'ACN, il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario. Ai medici,



già titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario (24 ore), l'Azienda propone il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente ricompreso nella AFT di riferimento, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale. Il completamento è offerto ai medici con maggiore anzianità di incarico operanti in AFT e successivamente in Azienda. In caso di pari anzianità si fa riferimento ai criteri di cui all'articolo 34, comma 11. L'accettazione del completamento comporta il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi del presente Accordo.

9. L'Azienda esamina eventuali richieste di mobilità intraziendale presentate dai medici già titolari di incarico del ruolo unico di assistenza primaria. I medici aspiranti alla mobilità devono essere titolari di incarico da almeno 2 anni nella Azienda stessa con priorità dell'assegnazione ai medici con maggiore anzianità di incarico.

10. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora permanga un fabbisogno assistenziale, l'Azienda procede all'inserimento di medici ai sensi dell'articolo 33.



ART. 33 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI E INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. L'Azienda, in attuazione di quanto previsto all'articolo 32, comma 10, procede all'assegnazione di incarichi del ruolo unico di assistenza primaria (38 ore settimanali) con obbligo di contemporanea apertura dello studio per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta nella AFT assegnata, nel Comune, nella località o nella zona/sede indicata ai sensi dell'articolo 34, commi 2 e 3.
2. La disponibilità di incarichi è resa nota tramite pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Possono concorrere al conferimento di incarichi i medici del ruolo unico di assistenza primaria già titolari di incarico a tempo indeterminato, i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale ed i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, secondo le procedure di cui all'articolo 34.
4. Espletate le procedure di cui all'articolo 34, il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria con effetti giuridici ed economici dalla data indicata nel provvedimento di conferimento dell'incarico, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, secondo quanto previsto dall'articolo 38, comma 9 del presente Accordo, precisando che il medico dovrà operare nella AFT di assegnazione e nella forma organizzativa multiprofessionale di riferimento. In caso di disponibilità di più incarichi nel medesimo ambito territoriale afferenti a diverse AFT, l'Azienda individua l'AFT di assegnazione tenendo conto delle preferenze eventualmente espresse dall'interessato. Il medico, entro il termine di 90 (novanta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, a pena di decadenza, deve:
   a) aprire nell'ambito territoriale assegnatogli, tenuto conto delle prescrizioni di cui all'articolo 34, comma 3, uno studio professionale secondo i requisiti di cui all'articolo 35 e darne comunicazione alla Azienda;
   b) comunicare l'Ordine professionale provinciale di iscrizione.
5. L'Azienda, avuto riguardo a difficoltà connesse all'apertura dello studio, può consentire proroghe al termine di cui al comma 4 entro il limite massimo di ulteriori 60 (sessanta) giorni.
6. Al fine di agevolare l'inserimento del medico e per garantire l'assistenza nell'ambito territoriale assegnatogli, il medico, qualora l'Azienda metta a disposizione un ambulatorio ai sensi del successivo comma 10, a pena di decadenza deve avviare l'attività professionale entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, fatto salvo il rispetto dei termini di preavviso di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a) del presente Accordo e di quelli previsti per dimissioni da altri rapporti di lavoro dipendente e convenzionato. È fatta salva la possibilità di non utilizzare l'ambulatorio reso disponibile dall'Azienda aprendo, nel medesimo termine, il proprio studio professionale. Il medico può trasferire successivamente il proprio studio in altra sede, senza interruzioni dell'assistenza e nel rispetto delle eventuali prescrizioni ricevute all'atto dell'assegnazione dell'incarico.



7. Il medico comunica l'avvenuta apertura dello studio entro il termine di cui al comma 4, fatto salvo quanto previsto al comma 5, ovvero entro il termine di cui al comma 6. Entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione l'Azienda procede alla verifica dell'idoneità dello studio in rapporto ai requisiti di cui all'articolo 35 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se necessario, un termine non superiore a 30 (trenta) giorni per eseguire gli adeguamenti prescritti. Trascorso inutilmente tale termine il medico decade dall'incarico.

8. L'iscrizione nell'elenco di scelta per gli assistiti decorre dalla comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine dei 15 (quindici) giorni di cui al comma precedente, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà della Azienda di verificare in qualsiasi momento l'idoneità dello studio.

9. Al medico, al quale sia stato conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è fatto divieto di esercitare attività convenzionali ai sensi del presente Accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto. Per il valore di diffusione capillare e per il miglioramento della qualità dell'assistenza, può essere autorizzata l'apertura di più studi secondo le procedure previste dal precedente comma 7.

10. L'Azienda, per le finalità di cui al comma 6, può consentire l'utilizzazione di un ambulatorio eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, sono definite a livello aziendale.

11. Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo. Il Direttore Generale integra altresì le attività orarie e a ciclo di scelta secondo quanto previsto dall'articolo 38, comma 1.

12. Il medico incaricato APP, all'atto del pensionamento definitivo ovvero della cessazione del rapporto per qualsiasi causa del medico titolare, è iscritto nell'elenco relativo al medesimo ambito territoriale del titolare cessato, con conferimento dell'incarico del ruolo unico di assistenza primaria e svolgimento dell'attività ai sensi dell'articolo 38, comma 1 del presente Accordo.



ART. 34 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI.

1. Dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo, entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 32.
2. In sede di pubblicazione degli incarichi, fermo restando l'ambito di iscrizione negli elenchi di scelta del medico, l'Azienda può indicare la zona all'interno dell'ambito territoriale in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.
3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 2 (due) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale il medico può chiedere all'Azienda di rimuovere tale vincolo, in caso di pubblicazione di una nuova zona carente nel medesimo ambito territoriale. Al momento del rilevamento della zona carente, l'Azienda, sentito il medico interessato, indica la sede lasciata vacante come sede di pubblicazione della nuova zona carente. Lo spostamento dello studio può avvenire esclusivamente con l'inizio dell'attività convenzionale del nuovo inserito.
4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:
   a) per trasferimento tra Aziende (interaziendale), i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria da almeno due anni nella stessa Azienda della Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in altra Regione da almeno quattro anni. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o ad attività oraria. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo incarico;
   b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
   c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4;
   d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;
   e) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, e s.m.i. esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale;
   f) i medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale.



6. I medici già titolari d'incarico del ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

7. I medici di cui al comma 5, lettera a), sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ed all'anzianità nei settori confluiti nel ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'ACN 28 aprile 2022 (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale), detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1. In caso di servizi contemporanei se ne valuta uno solo.

8. I medici di cui al comma 5, lettera b), sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

   a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19;

   b) punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale in cui è pubblicato l'incarico per l'attività a ciclo di scelta per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

   c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

9. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici di cui al comma 5, lettere a) e b), sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

10. I medici di cui al comma 5, lettera c) e lettera d), sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

11. I medici di cui al comma 5, lettere e) ed f), sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

12. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

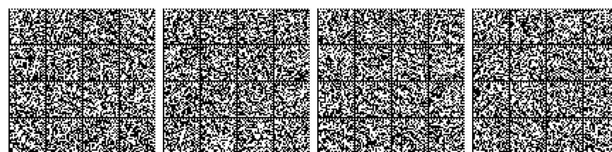
13. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella i medici di cui al comma 5 secondo il seguente ordine: lettera a); lettera b), sulla base delle percentuali di riserva di cui ai successivi commi; lettere c), d), e) ed infine f), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito pubblicato, nell'Azienda, nella Regione e da ultimo fuori Regione.

14. Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 5, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata a livello regionale, come di seguito indicato:

   a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;

   b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

15. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra.



16. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di cui al comma 5, lettera b), possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di cui al comma 14, fatto salvo il disposto di cui al precedente comma 15, e dichiarano nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

17. I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva di cui al comma 14 sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

18. Ai medici di cui al comma 5, lettere e) ed f) può essere attribuito un incarico temporaneo con obbligo di apertura dello studio e progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria, come stabilito nell'articolo 38, comma 9.

    A tali medici è corrisposto il trattamento economico di cui all'articolo 47, comma 2 per l'attività assistenziale a ciclo di scelta e all'articolo 47, comma 3 per l'attività assistenziale oraria.

19. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni.

20. Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

21. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o in assenza di tale definizione mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.

22. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

23. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

24. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al precedente comma 22.

25. Qualora l'incarico venga assegnato ad un medico già titolare in altra Regione di incarico del ruolo unico di assistenza primaria, la Regione, o il soggetto individuato, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico.

26. La Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi precedenti, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo.



ART. 35 – REQUISITI DEGLI STUDI MEDICI.

1. Lo studio professionale privato del medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta è presidio del Servizio Sanitario Nazionale che concorre al perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo Servizio nei confronti del cittadino mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate. Lo stesso è utilizzabile, previo accordo tra i medici, per lo svolgimento dell'attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.
2. Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli spazi, degli arredi e delle attrezzature necessarie per l'esercizio dell'attività di assistenza primaria, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di strumenti di comunicazione con gli assistiti, di strumenti informatici idonei per assolvere ai compiti di cui all'articolo 6.
3. Gli spazi di cui al comma precedente sono adibiti esclusivamente ad uso di studio medico per lo svolgimento dell'attività convenzionale, al di fuori della quale è possibile utilizzarli per altre attività sanitarie, e possono essere anche inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati.
4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche oppure attività sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione con le restanti parti della struttura, fatte salve diverse determinazioni regionali che assicurino, comunque, la salvaguardia dell'interesse del S.S.N.
5. Lo studio professionale del medico iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità dell'assistenza per la AFT, nell'ambito della fascia oraria 8,00-20,00 deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e non inferiore a:
   - 5 ore fino a 500 assistiti;
   - 10 ore da 501 a 1.000 assistiti;
   - 15 ore da 1.001 a 1.500 assistiti;
   - 18 ore nei casi previsti dall'articolo 38, commi 2 e 3.
6. Le visite nello studio medico sono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione, salvo diversa valutazione del medico.
7. Le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali.
8. Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere previste le modalità di erogazione di prestazioni medico specialistiche in regime di accreditamento con contratto tra i medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti nelle forme organizzative, le Aziende sanitarie e le Aziende erogatrici pubbliche e/o private accreditate del medesimo ambito territoriale. Lo strumento primario di integrazione riguarda la definizione e l'utilizzo di linee guida diagnostico-terapeutiche condivise. Gli Accordi specifici devono far riferimento ai requisiti autorizzativi e di



accreditamento, necessari al funzionamento delle unità di offerta, e derivanti dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazione ed accreditamento.

9. Nel caso di esercizio della propria attività convenzionale in più studi, l'orario di cui al comma 5 può essere frazionato tra tutti gli studi con prevalente apertura in quello principale.

10. I medici devono comunicare all'Azienda e agli assistiti le modalità di organizzazione e l'articolazione oraria di apertura degli studi al fine di garantire una costante informazione.

11. Gli studi possono essere anche utilizzati per ulteriori finalità connesse al potenziamento dell'assistenza territoriale convenzionata, concordate a livello aziendale sulla base di specifica programmazione regionale.



ART. 36 – SOSTITUZIONI.

1. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività a ciclo di scelta ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza. Nella nomina del sostituto, il medico titolare deve avere cura di scegliere per i propri assistiti, ove possibile, un medico che possegga i requisiti per ottenere incarichi di cui al presente Accordo a tempo indeterminato o temporanei ai sensi dell'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e dell'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60. Il medico ha l'obbligo di comunicare al referente di AFT, in caso di sostituzione fino a 3 giorni, per le attività inerenti alla AFT, ovvero all'Azienda, in caso di sostituzione per più di 3 giorni consecutivi, la durata e le motivazioni, nonché il nominativo del sostituto. Il medico titolare di scelte deve inoltre informare i propri assistiti sulla durata e le modalità della sostituzione, dandone comunicazione anche al referente di AFT.

2. La sostituzione per l'attività a ciclo di scelta del medico del ruolo unico di assistenza primaria che non abbia potuto provvedere ai sensi del comma 1 può essere effettuata da medici operanti nella medesima AFT, che ne diano disponibilità, secondo modalità e procedure concordate tra gli stessi e il referente di AFT, per un massimo di 30 (trenta) giorni continuativi.

3. Qualora non sia stato possibile effettuare la sostituzione per l'attività a ciclo di scelta del medico del ruolo unico di assistenza primaria secondo quanto previsto al comma 2, l'Azienda si avvale, secondo il seguente ordine di priorità:

   a) dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria già in servizio all'entrata in vigore del presente Accordo;

   b) dei medici iscritti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, con priorità per i residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito.

   Per quanto riguarda la lettera a) del presente comma l'Azienda propone la sostituzione ai medici operanti in Azienda, secondo l'ordine di anzianità di incarico.

4. La sostituzione per l'attività oraria del medico del ruolo unico di assistenza primaria può essere effettuata da medici operanti nella medesima AFT, che ne diano disponibilità, secondo modalità e procedure concordate tra gli stessi e il referente di AFT.

5. Qualora non sia stato possibile effettuare la sostituzione per l'attività oraria del medico del ruolo unico di assistenza primaria secondo quanto previsto al comma 4, l'Azienda propone la sostituzione secondo il seguente ordine di priorità:

   a) ai medici del ruolo unico di assistenza primaria incaricati ai sensi del presente Accordo, utilizzando le ore settimanali di cui dispongono;

   b) ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria già in servizio all'entrata in vigore del presente Accordo;

   c) ai medici iscritti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, con priorità per i residenti nell'ambito di attività del medico sostituito.

   Per quanto riguarda le lettere a) e b) del presente comma l'Azienda propone la sostituzione ai medici operanti in Azienda, secondo l'ordine di anzianità di incarico.

6. Il sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'accettazione della sostituzione, le responsabilità professionali e gli obblighi del titolare, sia per l'attività prestata nei confronti



degli assistiti che per l'attività oraria. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del titolare durante il periodo di sostituzione.

7. Alla sostituzione del medico sospeso dall'incarico ai sensi dell'articolo 22, comma 1, provvede la Azienda utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6. Le scelte restano in carico al medico sospeso, fatta salva la revoca da parte degli assistiti.

8. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione nell'elenco di scelta, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo, dagli Accordi regionali ed aziendali.

9. Il compenso spettante al medico che effettua sostituzione per attività a ciclo di scelta è pari al 70% del compenso di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I, ed è corrisposto:

   a) intero per i mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre;

   b) maggiorato del 20% per i mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo;

   c) ridotto del 20% per i mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

   Al titolare viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.

   Al sostituto spettano inoltre i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6 e, con le stesse limitazioni previste per il titolare, per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8 ed integrata (ADI) di cui all'Allegato 9, eseguite nel corso della sostituzione.

10. Per le sostituzioni di cui ai commi 1, 2 e 3:

    a) pari o inferiori a 30 (trenta) giorni e comunque per i primi 30 (trenta) giorni di sostituzione continuativa, per l'attività a ciclo di scelta, l'Azienda corrisponde i compensi al medico titolare, il quale provvede ad erogare al sostituto quanto dovuto nel rispetto della normativa fiscale;

    b) dal trentunesimo giorno l'Azienda corrisponde i suddetti compensi direttamente al sostituto e al titolare. Se il sostituto è incaricato dall'Azienda i compensi sono corrisposti allo stesso fin dal primo giorno di sostituzione.

    In caso di decesso del medico, il sostituto già designato prima del decesso può proseguire l'attività di sostituzione per non più di 30 (trenta) giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

11. Al medico che effettua sostituzione per attività oraria spetta il compenso indicato all'articolo 47, comma 3, oltre ai compensi previsti per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6.

12. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nell'impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, l'Azienda può liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.



ART. 37 – INCARICHI A TEMPO DETERMINATO.

1. Espletate le procedure di cui all'articolo 32, qualora in un ambito territoriale permanga una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte o le ore disponibili, in attesa del conferimento di incarichi del ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'articolo 33, l'Azienda può conferire incarichi a tempo determinato per l'attività a ciclo di scelta e/o per l'attività oraria utilizzando la graduatoria di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, con priorità per i medici residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, nella Regione ed infine fuori Regione.
2. L'incarico a tempo determinato ha durata fino a dodici mesi, cessa alla data di scadenza o di inserimento del medico titolare.
3. Per l'attività assistenziale a ciclo di scelta viene corrisposto il compenso di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I); per l'attività oraria è riconosciuto il compenso indicato all'articolo 47, comma 3. Spettano inoltre i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6 e, con le stesse limitazioni previste per il titolare, per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8 ed integrata (ADI) di cui all'Allegato 9.
4. L'Azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso nell'ambito territoriale di incarico.



ART. 38 – MASSIMALE E SUE LIMITAZIONI.

1. L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria di cui all'articolo 31 è conferito in una sola Azienda e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti. La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito indicato:

   a) dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore;

   b) da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore;

   c) da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore;

   d) da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore.

   L'Azienda provvede all'adeguamento dell'attività oraria entro i 3 mesi successivi al raggiungimento del limite numerico di assistiti di ciascuna fascia.

   Eventuali deroghe al massimale possono essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, punto 5, della Legge 833/78, per un tempo determinato, non superiore comunque a sei mesi.

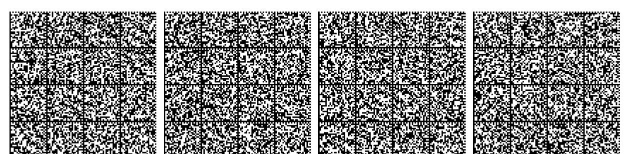
2. In attuazione della programmazione regionale, l'AIR può prevedere l'innalzamento del massimale di assistiti di cui al comma 1 fino al limite massimo di 1.800 scelte esclusivamente per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria, con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario, per assicurare la continuità dell'assistenza, come previsto dall'articolo 35, comma 5 e/o in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza.

3. Dalla data di entrata in vigore del presente Accordo le scelte di cui all'articolo 39, commi 4, 5, 6 e 7 e le scelte dei minori nella fascia di età 0-6 anni in caso di carenza di assistenza pediatrica, una volta raggiunti i massimali di cui ai commi 1 e 5, sono acquisibili nella misura massima del 20%. L'acquisizione di tali scelte, nel limite del 20% per ciascuno dei parametri di cui alle lettere b), c), e d) del comma 1 del presente articolo, non viene calcolata ai fini del passaggio al parametro successivo.

4. I medici che hanno un numero di assistiti in carico superiore a quanto stabilito dal presente articolo rientrano nel limite mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.

5. L'autolimitazione della attività a ciclo di scelta in misura non inferiore al rapporto ottimale è conservata ai medici già autorizzati entro il termine di vigenza del precedente Accordo. Il massimale individuale derivante da autolimitazione del numero di scelte non è modificabile, su richiesta del medico, prima di 3 (tre) anni dalla data di decorrenza della stessa. A far data dall'autorizzazione alla autolimitazione, non possono essere assegnate al medico ulteriori scelte.

6. I compensi sono corrisposti fino al massimale cui al comma 1, fatto salvo quanto previsto al comma 2, o massimale individuale derivante da autolimitazione di cui al comma 5, tenuto conto di quanto previsto dal comma 4. Le scelte di cui al comma 3 sono retribuite nel limite indicato.



7. L'impegno settimanale del medico del ruolo unico di assistenza primaria già titolare di doppio incarico ad attività oraria ed a ciclo di scelta all'entrata in vigore del presente Accordo comporta l'applicazione dei seguenti limiti:

    a) 24 ore, fino a 650 assistiti;

    b) 12 ore, da 651 fino a 1.120 assistiti.

    Al raggiungimento dei limiti degli assistiti l'Azienda provvede entro sei mesi, previa comunicazione al medico interessato, alla riduzione o cessazione del numero di ore in applicazione di quanto previsto dal presente comma.

    Tali limiti possono essere sospesi dalle Regioni, in attuazione dell'articolo 3, comma 5-ter, del D.L. 10 maggio 2023, n. 51, convertito con modificazioni dalla L. 3 luglio 2023, n. 87, che determina l'unico limite di 24 ore settimanali e 1.000 assistititi.

    I medici di cui al presente comma possono richiedere all'Azienda, secondo quanto previsto all'articolo 32, comma 8, il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi del presente Accordo, con adeguamento dell'impegno settimanale come previsto al comma 1 del presente articolo.

8. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria già titolari di incarico all'entrata in vigore del presente Accordo, con incarico di 24 ore settimanali, possono essere attribuite, per attività istituzionali e progetti assistenziali definiti nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali, ulteriori 4 ore collegate a prestazioni diurne, in giorni feriali o festivi, nella AFT. Tali ore non concorrono alla determinazione del massimale orario. Sono fatti salvi gli Accordi regionali vigenti in materia.

9. In attuazione di quanto disposto dall'articolo 9, comma 2, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 nonché dall'articolo 12, comma 4 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, le Regioni, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 3, del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, possono prevedere limitazioni del monte ore settimanale o del massimale di assistiti in carico, ovvero organizzare i corsi a tempo parziale, prevedendo in ogni caso che l'articolazione oraria e l'organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale. A tal fine, per il concomitante periodo di frequenza del corso a tempo pieno, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 12, comma 3-bis, lettera b), del D.L. 24 marzo 2022, n. 24, convertito con modificazioni dalla L. 19 maggio 2022, n. 52, l'incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria è modulato come di seguito indicato:

    a) dal conferimento dell'incarico fino a 650 assistiti, 24 ore;

    b) da 651 a 1.000 assistiti, 12 ore.

    L'Azienda provvede all'adeguamento dell'attività oraria entro i 3 mesi successivi al raggiungimento del limite numerico di assistiti di ciascuna fascia.



ART. 39 – SCELTA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. La libera scelta del medico, nel rispetto del numero massimo di assistiti, è di norma collegata alla residenza e compatibile con l'organizzazione sanitaria di riferimento del territorio. Il cittadino sceglie per sé e per le persone di cui ha la tutela legale il medico di fiducia tra quelli iscritti negli elenchi dell'Azienda sanitaria di residenza, articolati per Comuni o gruppi di Comuni. L'ambito territoriale per la scelta del medico non può essere inferiore all'area comunale; nei Comuni ove operano più Aziende l'ambito territoriale coincide con una frazione del Comune stesso. La scelta per i cittadini residenti è a tempo indeterminato, salvo revoca.
2. Nell'ambito dell'Azienda, il cittadino sceglie il medico tra quelli operanti nel Comune di residenza o nei Comuni afferenti al medesimo ambito; può, tuttavia, scegliere un medico iscritto in elenchi diversi da quello di residenza, previa accettazione da parte del medico interessato. Le Aziende comunicano ai medici l'elenco degli assistiti in carico con i necessari aggiornamenti.
3. Per i minori che abbiano compiuto il sesto anno di età i genitori o chi ha la tutela legale possono effettuare la scelta nei confronti del medico del ruolo unico di assistenza primaria.
4. Il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito, già in carico al medico del ruolo unico di assistenza primaria, purché facenti parte anagraficamente del medesimo nucleo familiare, possono effettuare la scelta in deroga a favore dello stesso medico.
5. Eventuali scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella di appartenenza sono disciplinate negli Accordi Integrativi Regionali o accordi tra Regioni.
6. Per il cittadino non residente la scelta è a tempo determinato per una durata minima di 3 mesi e massima di 1 anno, espressamente prorogabile, così come indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 8 maggio 2003, rep. n. 1705. L'Azienda provvede all'iscrizione temporanea previo accertamento dell'avvenuta cancellazione dall'elenco del medico a ciclo di scelta dell'Azienda di provenienza.
7. Il cittadino extracomunitario in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano effettua la scelta a tempo determinato di validità pari a quella del permesso di soggiorno. La scelta è prorogabile alla scadenza su richiesta dell'assistito, purché risulti avviato l'iter procedurale per il rinnovo del permesso di soggiorno.
8. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 1982, n. 526 vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda, sono riattribuite automaticamente al medico dal momento della cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, e fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.
9. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono comunque, in difetto di scelta in favore di altro medico, dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il medico è tenuto comunque alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.
10. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini sui servizi e le attività assistenziali fornite dalla AFT del medico scelto in base al programma delle attività che le stesse AFT predispongono.



ART. 40 – REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA.

1. Il cittadino può revocare in qualsiasi momento la scelta del medico, utilizzando le procedure dell'Azienda, ed effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

2. Il medico a ciclo di scelta che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed oggettivi motivi di incompatibilità ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera b), D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.

3. Non è consentita la ricusazione qualora nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro medico con disponibilità di scelte, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità. In tal caso è sentito il Comitato aziendale di cui all'articolo 12.

4. I medici di cui all'articolo 38, comma 5, che abbiano esercitato l'autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite dell'autolimitazione o per rientrare nel massimale.



ART. 41 – REVOCHE D'UFFICIO DELLE SCELTE.

1. Le revoche delle scelte dei cittadini sono effettuate d'ufficio dall'Azienda nei seguenti casi:
   a) decesso dell'assistito;
   b) trasferimento di residenza dell'assistito in altra Azienda;
   c) irregolare doppia iscrizione del cittadino;
   d) cancellazione del medico dall'elenco di scelta;
   e) mancata richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno alla scadenza o diniego di rinnovo dello stesso;
   f) cancellazione dei minori 0-6 anni di cui all'articolo 38, comma 3, in caso di inserimento di un pediatra di libera scelta nello stesso ambito.
2. Le cancellazioni per i casi di cui al comma 1, lettera c) decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione dall'elenco degli assistiti del primo medico decorre dalla data della seconda scelta.
3. In caso di trasferimento di residenza dell'assistito in altra Azienda, l'Azienda di provenienza comunica al medico e all'assistito, qualora ne conosca il recapito, la necessità che quest'ultimo provveda ad effettuare una nuova scelta in favore di un medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta nell'Azienda di destinazione. Qualora il cittadino non provveda alla nuova scelta entro il termine di 30 giorni decorrenti dalla comunicazione, la scelta del medico di provenienza è revocata d'ufficio.
4. L'Azienda, previa comunicazione al medico, procede al recupero di quote per assistiti liquidate e non dovute a far data dal verificarsi di uno degli eventi di cui al comma 1. Il medico può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 (quindici) giorni ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento del ricorso. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo avviene, fino al recupero dell'importo complessivo, nella misura massima mensile del 20% delle quote corrisposte in base al numero degli assistiti in carico, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali. L'Azienda può dare corso ad una diversa rateizzazione delle somme da ripetere o al conguaglio negativo, in percentuale superiore al 20%, previo accordo con il medico interessato.
5. Gli effetti economici delle cancellazioni e delle attribuzioni di scelte seguono le vigenti disposizioni del Codice Civile in materia di ripetizione di emolumenti non dovuti e di crediti, con relativi termini di prescrizione.
6. L'Azienda presso la quale il cittadino effettua una nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.



ART. 42 – EFFETTI ECONOMICI DI SCELTA, REVOCA E RICUSAZIONE.

1. Ai fini della corresponsione delle quote per assistiti in carico la scelta, la ricusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese. In caso di morte dell'assistito la quota è corrisposta fino alla data del decesso.
2. Il rateo mensile delle quote per assistiti in carico è frazionabile in trentesimi, ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento, cancellazione o sospensione del medico dall'elenco.
3. La cessazione dell'incarico del medico per sopraggiunti limiti di età produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.



ART. 43 – COMPITI DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il medico del ruolo unico di assistenza primaria espleta le seguenti funzioni:
   a) assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto di fiducia medico-paziente;
   b) si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione;
   c) persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse, in attuazione della programmazione regionale, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale della Cronicità e del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.
2. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il medico del ruolo unico di assistenza primaria svolge la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT; partecipa inoltre alle attività della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.
3. Per ciascun paziente in carico, il medico raccoglie e invia le informazioni all'Azienda sanitaria come previsto dall'articolo 6 del presente Accordo.
4. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il S.S.N.
5. Nello svolgimento della propria attività il medico del ruolo unico di assistenza primaria:
   a) svolge attività di prevenzione e promozione della salute nei confronti della popolazione di riferimento, in particolare aderendo agli indirizzi nazionali e regionali;
   b) gestisce le patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, con interventi appropriati e garantisce l'assistenza proattiva nei confronti dei malati cronici e dei pazienti fragili, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 44 del presente Accordo;
   c) assicura agli assistiti la presa in carico globale, anche attraverso la consultazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), le prestazioni e visite ambulatoriali e domiciliari;
   d) partecipa a progetti e programmi di attività, finalizzati al rispetto dei livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale, ed a quelli finalizzati a sensibilizzare i cittadini su specifiche tematiche, sull'adozione di corretti stili di vita, uso appropriato dei farmaci e delle risorse messe a disposizione del S.S.N.;
   e) opera nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e forme organizzative multiprofessionali rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse, espletando sia attività a ciclo di scelta che attività oraria;
   f) garantisce la continuità dell'assistenza per tutti i giorni della settimana e secondo quanto previsto dall'articolo 44 del presente Accordo;
   g) adotta le misure necessarie, in conformità alle normative vigenti, per il consenso informato, il trattamento, la conservazione e la sicurezza dei dati sensibili;



h) cura la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata di ciascun assistito, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del S.S.N. In caso di revoca della scelta, l'assistito può richiedere la scheda entro due anni. La scheda sanitaria individuale informatizzata deve essere condivisa con gli altri medici della AFT e integrata con il sistema informativo regionale;

i) collabora con la dirigenza dell'Azienda sanitaria per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale;

j) partecipa alle attività formative programmate dall'Azienda nell'ambito del Piano di Formazione Aziendale (PFA) e ai corsi obbligatori di cui all'articolo 26, comma 8;

k) effettua visite occasionali, secondo quanto previsto dall'articolo 46 del presente ACN;

l) redige le certificazioni di cui al comma 6, lettera g) e comma 7, lettera h);

m) rilascia a titolo oneroso tutte le altre certificazioni , compresa la certificazione di idoneità all'attività fisica in soggetto portatore di patologia cronica;

n) effettua le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6.

6. Rientrano nei compiti ed obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività a ciclo di scelta:

a) le visite domiciliari, su richiesta dei propri assistiti, avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento in sicurezza degli stessi, da eseguire di norma nel corso della stessa giornata o entro le ore dodici del giorno successivo, compreso il sabato;

b) l'assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli Allegati 8 e 9 ovvero secondo gli Accordi Integrativi Regionali;

c) l'assistenza programmata nei confronti di pazienti ospiti di strutture residenziali, disciplinata da protocolli definiti dagli Accordi Integrativi Regionali;

d) il consulto con lo specialista, attivato dallo stesso medico, attuato di persona presso gli ambulatori dell'Azienda o, su richiesta motivata e previa autorizzazione aziendale, presso il domicilio del paziente;

e) la partecipazione alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) vigente, secondo le modalità definite dalla Regione e/o dalle Aziende;

f) la redazione del Piano di assistenza individuale (PAI) del paziente cronico in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) e nel rispetto degli atti di programmazione regionale;

g) il rilascio delle seguenti certificazioni:

I) assenza per malattia dei lavoratori dipendenti;

II) incapacità temporanea al lavoro per infortunio e malattia professionale;

III) idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, articolo 3, lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 42-bis del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98 e dal D.M. 8 agosto 2014 del Ministero della Salute;



IV) riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola dell'infanzia e alle scuole secondarie superiori, laddove previste;

V) riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;

VI) valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;

h) il rispetto dei compiti previsti nei confronti della AFT di cui all'articolo 29 e degli interventi previsti dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 13 del presente Accordo.

7. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria nello svolgimento dell'attività oraria fornisce prestazioni ambulatoriali e domiciliari, con riferimento alle attività dell'AFT e dell'UCCP, nell'ambito del coordinamento funzionale ed organizzativo del Distretto, al fine di contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata ed allo svolgimento di ulteriori attività in favore dei cittadini. Rientrano nei compiti ed obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività oraria:

a) l'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, in sede ambulatoriale o a domicilio, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali, con particolare riferimento alla funzionalità del Numero Unico Europeo 116117, come previsto dall'articolo 44 del presente Accordo. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa il medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali, comprese le eventuali prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6 ed attiva direttamente il servizio di emergenza urgenza – 118, qualora ne ravvisi la necessità;

b) l'annotazione nella scheda sanitaria individuale del paziente della propria valutazione, la prestazione eseguita, le prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e le eventuali certificazioni rilasciate, al fine di garantire che il medico titolare del rapporto di fiducia ed i medici della intera AFT possano assicurare la continuità dell'assistenza;

c) il rispetto dei compiti previsti nei confronti della AFT di cui all'articolo 29 e degli interventi previsti dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 13 del presente Accordo;

d) la continuità dell'assistenza notturna, diurna, feriale e festiva;

e) la gestione, il supporto della presa in carico di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, sulla base di protocolli aziendali;

f) le proposte di ricovero;

g) le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e secondo le disposizioni vigenti in materia;

h) il rilascio delle seguenti certificazioni:

I) assenza per malattia dei lavoratori dipendenti;

II) riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;

i) la constatazione di decesso;



j) l'integrazione nei programmi di assistenza domiciliare, residenziale e nella rete delle cure palliative;

k) la partecipazione ai programmi di medicina d'iniziativa come previsto all'Allegato 1 del presente Accordo.

Le precedenti lettere j) e k) sono disciplinate in Accordo Integrativo Regionale.



ART. 44 – ATTIVITÀ ASSISTENZIALE A PRESTAZIONE ORARIA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. L'attività oraria è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale e rivolta agli assistiti dell'AFT e/o dell'UCCP di riferimento.
2. Le Aziende si avvalgono dei medici del ruolo unico per lo svolgimento delle suddette attività presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità *hub* e *spoke*, Ospedali di Comunità, per l'attivazione di ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria, per l'erogazione di visite occasionali, per l'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti.
3. L'attività a tutta la popolazione di riferimento è organizzata dalla Azienda sanitaria, in coerenza con la programmazione regionale, tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche del territorio e all'offerta assistenziale. La scelta organizzativa deve supportare la presa in carico di assistiti affetti da gravi patologie o pazienti fragili ad alto rischio di ospedalizzazione o di accesso improprio al Pronto Soccorso, nonché straordinarie situazioni di maggior impegno assistenziale.
4. Con riferimento agli Accordi Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" e n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117", l'Azienda, in attuazione della programmazione regionale, realizza il proprio modello organizzativo avvalendosi delle seguenti opzioni:
   a) attivazione della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117;
   b) attivazione di ambulatorio di continuità dell'assistenza gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria integrati, ove necessario, con personale infermieristico;
   c) organizzazione della continuità dell'assistenza in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.
5. Le previsioni di cui al comma precedente sono attuate nel rispetto delle necessità assistenziali fissate dalla programmazione regionale e, successivamente, con la definizione del rapporto ottimale nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali.
6. Le Aziende organizzano turni di reperibilità domiciliare per garantire l'assistenza in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico in servizio secondo modalità di attuazione e retribuzione definite con Accordi regionali.
7. La continuità dell'assistenza può essere garantita dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia ad attività oraria che a ciclo di scelta, con modalità di reperibilità domiciliare definite con Accordi regionali e prevedendo, ove possibile, l'utilizzo della telemedicina. Tale modalità di erogazione del servizio va considerata di particolare interesse nei casi di difficoltà.



nell'organizzazione del servizio, in specifiche aree territoriali disagiate, in caso di gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino.

8. Le chiamate degli utenti ed i relativi interventi devono essere registrati e rimanere agli atti, secondo le modalità definite dall'Azienda.
9. Gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare, nello svolgimento dell'attività oraria, ulteriori compiti e modalità di partecipazione del medico alle attività previste nelle nuove forme organizzative.
10. L'attività programmata e coordinata all'interno dell'AFT è prestata con flessibilità oraria ed articolazione dei turni funzionale all'assetto organizzativo territoriale, con un orario giornaliero minimo di 4 ore e massimo di 12.
11. Le sedi di svolgimento dell'attività oraria sono individuate dall'Azienda in ambito distrettuale, anche presso le AFT, le UCCP, le Case della Comunità *hub* e *spoke*, per garantire l'integrazione organizzativa e professionale dell'assistenza primaria e agevolare l'accesso dei cittadini.
12. Le sedi di servizio individuate dall'Azienda devono essere dotate di idonei locali, di adeguate misure di sicurezza, nonché di servizi igienici.
13. L'Azienda assegna le sedi di attività e predispone, su base distrettuale, i turni di servizio, in collaborazione con i referenti di AFT, sentiti i medici interessati. I turni di servizio sono assegnati sulla base del principio della equità distributiva fra tutti i medici incaricati.
14. Il medico in servizio attivo deve essere presente fino all'arrivo del medico che subentra. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che sono trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario. Nei casi di attività oraria diurna feriale resa dal medico impossibilitato a prolungare il turno, in quanto tenuto all'apertura del proprio studio in orario seguente al servizio, si applicano le procedure di cui al comma 6.
15. Per lo svolgimento dell'attività oraria l'Azienda è tenuta a fornire al medico i farmaci e il materiale necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio.
16. L'Azienda provvede altresì alla disponibilità di:
    a) mezzi di servizio, possibilmente con caratteri distintivi che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
    b) adeguate apparecchiature per la registrazione delle chiamate presso le sedi operative;
    c) arredi per la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici.



ART. 45 – ATTIVITÀ PRESCRITTIVA.

1. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio Sanitario Nazionale, a:

   a) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza;

   b) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;

   c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

   Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono con appropriatezza, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente.

2. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria, nei confronti dei cittadini che lo abbiano preventivamente scelto, o altro medico operante nella medesima AFT in forza dell'assetto organizzativo adottato, può prescrivere farmaci e/o indagini specialistiche, proposte di ricovero o cure termali con ricetta del S.S.N., secondo le norme di legge vigenti e nel rispetto delle modalità previste dal S.S.N., fatto salvo quanto previsto all'articolo 46, comma 7.

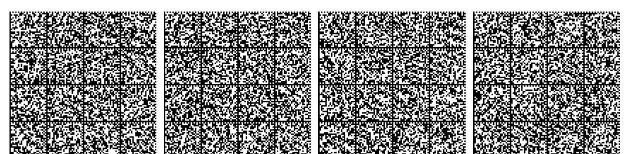
3. La richiesta di indagine, prestazione, visita specialistica deve essere corredata dal quesito o sospetto diagnostico e, ove previsto, dalla specifica modulistica secondo disposizioni vigenti. La proposta di ricovero o prescrizione di cure termali deve essere accompagnata dalla specifica motivazione. Le richieste di ulteriori prestazioni assistenziali sono effettuate nel rispetto delle disposizioni regionali.

4. Il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica e di indagini specialistiche anche in assenza del paziente quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

5. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle prestazioni di: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.

6. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti del Servizio Sanitario Nazionale, anche in attuazione del precedente comma e nel rispetto del disposto dell'articolo 50 della Legge 24 novembre 2003, n. 326 e dei successivi decreti attuativi, si applicano le disposizioni dell'Azienda per la prescrizione diretta con ricetta dematerializzata o, in assenza, con il ricettario del S.S.N. da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto dal medico del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività a ciclo di scelta, incluse ulteriori richieste specialistiche o diagnostiche, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 (trenta) giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al medico di scelta.

7. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico del ruolo unico di assistenza primaria ritenuti non conformi alle disposizioni di legge sottopongono il caso all'organismo



composto dai soggetti individuati al successivo comma 8, deputati a verificare l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.

8. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, il Direttore del Distretto è coadiuvato, per gli adempimenti di cui al comma 7, dal referente di AFT componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e da altri due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel Distretto, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal Direttore Sanitario della Azienda.

9. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:

   a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;

   b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

10. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto di almeno uno dei seguenti elementi:

   a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;

   b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;

   c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra norma.



ART. 46 – ASSISTENZA AI TURISTI E VISITE OCCASIONALI.

1. Con apposite determinazioni regionali sono individuate le località a forte flusso turistico nelle quali organizzare un servizio di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti, sulla base di indirizzi definiti negli Accordi Integrativi Regionali.
2. I medici del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta prestano la propria attività anche in favore dei cittadini che, trovandosi occasionalmente al di fuori della AFT di riferimento, ricorrano ad essi. Tale attività è prestata altresì dai medici in attività oraria nei confronti dei cittadini di aree distrettuali diverse da quella di riferimento.
3. Le prestazioni di cui ai commi precedenti sono compensate direttamente dal cittadino con le seguenti tariffe omnicomprensive:
   - visita ambulatoriale: € 20,00
   - visita domiciliare: € 35,00
4. La Regione può individuare particolari categorie di persone cui assicurare le visite occasionali con pagamento delle stesse al medico da parte dell'Azienda sanitaria.
5. Al medico del ruolo unico di assistenza primaria che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia, in possesso del prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al comma 3. In tal caso il medico notula alla propria Azienda sanitaria le anzidette prestazioni, annotando gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.
6. Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite di cui al presente articolo, nonché ulteriori prestazioni.
7. Per le prestazioni di cui al presente articolo, il medico è tenuto a utilizzare la ricetta del S.S.N. secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza del paziente.



ART. 47 – TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Il trattamento economico del medico del ruolo unico di assistenza primaria include il compenso per l'attività a ciclo di scelta e quello ad attività oraria.
2. La retribuzione per l'attività a ciclo di scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, si articola in:

A. quota capitaria per assistito, definita e negoziata a livello nazionale;

B. quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, allo sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica;

C. quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

D. quota del fondo aziendale dei fattori produttivi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale.

Le risorse contrattuali relative alle quote B, C e D potranno rappresentare fino al 30% del totale e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote possono essere ulteriormente integrate con gli incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali di assistenza primaria.

A. QUOTA CAPITARIA

I) compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, pari ad Euro 42,14;

II) compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico, determinato a livello regionale con le risorse trasferite dall'INAIL al Fondo Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 526, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145. Le Regioni, a far data dal 1 gennaio 2019, ripartiscono le disponibilità annue definite con la prevista Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, nel limite assegnato, determinando la consistenza economica effettiva del presente compenso al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda;

III) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, pari ad Euro 31,09;

IV) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito di età inferiore a 14 anni, pari ad Euro 18,95;

V) assegno individuale ad personam riconosciuto ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato al 23 marzo 2005 e determinato al 31 dicembre 2005 secondo la tabella di cui all'articolo 59, lettera A, comma 2, dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.;

VI) quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali. Tale fondo è integrato, nel rispetto del termine e dei limiti previsti dalle vigenti



disposizioni di legge, con gli assegni individuali di cui al precedente punto V, resisi disponibili per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale di singoli medici, ai sensi dell'art. 59, lett. A, comma 2 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.;

VII) quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso pari ad Euro 13,46, per le prime 500 scelte, riconosciuta ai medici incaricati a tempo indeterminato in data successiva al 23 marzo 2005. Tale quota non è dovuta per le scelte oltre la cinquecentesima.

B. QUOTA VARIABILE

I) quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali sulla base degli obiettivi raggiunti e nel rispetto dei livelli programmati di spesa, incrementata di Euro 1,66 per assistito con decorrenza dal 1 ottobre 2022. L'incremento ulteriore di Euro 1,90 per assistito, con decorrenza 1 gennaio 2021, come previsto dall'articolo 5, comma 1, tabella A2 del presente Accordo, è finalizzato ad obiettivi di miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici;

II) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 quale incremento contrattuale, pari ad Euro 0,81 per assistito, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6 del citato Accordo. Tali risorse sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 10, comma 4 e dell'articolo 30, comma 6;

III) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,20 per assistito, attribuita ai medici in base al numero di assistiti in carico affetti da una o più delle patologie croniche di cui alla normativa vigente.

Le risorse della quota variabile di cui alla presenta lettera sono ripartite tra le AFT in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico.

Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori.

C. QUOTA PER SERVIZI

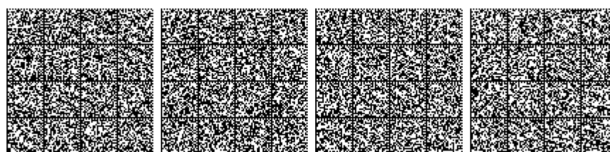
I) quota per prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 6;

II) quota per assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8;

III) quota per assistenza domiciliare integrata (ADI) di cui all'Allegato 9.

È demandata agli AAIIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite dagli Allegati 6, 8 e 9.

L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui ai punti II e III della presente lettera viene definita annualmente dalla programmazione regionale. I compensi corrisposti al medico per le prestazioni di assistenza domiciliare programmata



(ADP) di cui all'Allegato 8 non possono comunque superare il 20% dei compensi mensili. Sono fatti salvi diversi Accordi regionali.

D. QUOTA DEL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

I) Alla istituzione delle AFT, come previsto dall'articolo 8, comma 2, le indennità e gli incentivi del fondo di cui all'articolo 46 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta, ad eccezione della quota di cui alla precedente lettera B, punto I, costituiscono il fondo aziendale dei fattori produttivi.

II) Costituiscono tale fondo i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario, come determinati dall'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., già erogati ai medici alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.

III) Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al punto II, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici. Il trattamento economico individuale, determinato alla data di costituzione del fondo di cui al punto II, è modificato in relazione all'aumento di assistiti in carico nei limiti di consistenza del fondo.

IV) Le risorse corrisposte in funzione del numero degli assistiti in carico sono ridotte in relazione alla diminuzione del carico assistenziale, secondo il sistema di calcolo ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. e confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi.

V) La modifica dello standard organizzativo riferito alle preesistenti forme associative, la cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio, regolamentati sia a livello nazionale che regionale, comportano la sospensione delle relative indennità corrisposte, che restano a disposizione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

VI) In caso di cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti le AFT, le eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi. Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nelle AFT. Le indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità. Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative restano a disposizione per il finanziamento dei nuovi modelli organizzativi definiti dalla Regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali.

VII) Gli Accordi Integrativi Regionali possono stabilire diversi criteri di destinazione delle risorse di cui ai commi precedenti.

VIII) Al termine dell'esercizio le eventuali risorse del fondo aziendale dei fattori produttivi che residuano confluiscono annualmente nei fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico di cui al comma 2, lettera B, punto I.



E. QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

Gli Accordi regionali possono prevedere eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalla assistenza primaria ed a queste complementari, nonché per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate.

3. Il compenso per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente Capo, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, si articola in:

   A. quota oraria di Euro 24,25, negoziata a livello nazionale, con la decorrenza prevista dall'articolo 5, comma 1, tabella B2, del presente Accordo;

   B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010. Tali risorse sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 10, comma 4 e dell'articolo 30, comma 6;

   C. quota oraria derivante dalle risorse destinate, nel limite dello stanziamento annuale ripartito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma, ai medici del ruolo unico di Assistenza Primaria ed individuate all'art. 1, comma 274, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Tale quota oraria è pari ad Euro 13,62 per ciascuna ora di incarico svolta per le attività previste dal PNRR e dal D.M. 23 maggio 2022, n. 77 all'interno delle Case della Comunità *hub* e *spoke*.

4. Le eventuali integrazioni già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello regionale nel rispetto delle finalità previste dall'articolo 3, comma 4 del presente Accordo.

5. Tutti i compensi erogati in base agli assistiti in carico sono corrisposti nei limiti di cui all'articolo 38.

6. I compensi per l'attività oraria sono corrisposti al medico che svolge l'attività, indipendentemente dalle modalità con cui viene assicurata la continuità assistenziale, entro la fine del mese successivo a quello di competenza.

7. Le quote capitarie di cui al comma 2, lettera A, sono corrisposte mensilmente in dodicesimi entro la fine del mese successivo a quello di competenza; i restanti compensi sono corrisposti mensilmente entro il secondo mese successivo a quello di competenza.

8. Qualora l'Azienda non sia in grado di assicurare un mezzo di servizio al medico incaricato per lo svolgimento di attività oraria, spetta allo stesso, nel caso utilizzi un proprio automezzo su richiesta della Azienda, un rimborso forfetario pari al costo di un litro di benzina verde per ogni ora di attività, nonché adeguata copertura assicurativa dell'automezzo.

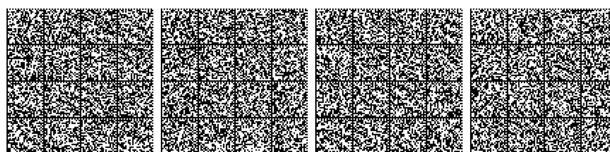


ART. 48 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E COPERTURE ASSICURATIVE.

1. La quota parte a carico dell'Azienda sanitaria del contributo previdenziale in favore del competente Fondo di previdenza è pari al 10,375% di tutti i compensi previsti dal presente Accordo, ivi inclusi quelli derivanti dagli Accordi regionali o aziendali, spettanti ai medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività a ciclo di scelta. La stessa percentuale è calcolata su tutti i compensi, al netto degli Accordi regionali ed aziendali, spettanti ai medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'attività oraria.
2. L'aliquota previdenziale a carico dei medici del ruolo unico di assistenza primaria è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.
3. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici del ruolo unico di assistenza primaria possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
4. I contributi devono essere versati all'ENPAM trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza del trimestre.
5. Per far fronte al pregiudizio economico derivante al medico per l'attività a ciclo di scelta dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del Decreto Legislativo 151/2001, e al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,72% (zero virgola settantadue per cento) dei compensi di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I) da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al presente comma affinché provveda in merito.
6. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico che svolge attività a rapporto orario per eventi di malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del Decreto Legislativo 151/2001, ed al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, l'Azienda versa all'ENPAM con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,72% (zero virgola settantadue per cento) sul compenso di cui all'articolo 47, comma 3, lettera A, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.
7. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono attività oraria del ruolo unico di assistenza primaria contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.



8. Il contratto di cui al comma precedente è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
   a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
   b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi Accordi regionali.
9. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 15, comma 4.



CAPO II – MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

ART. 49 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Il presente Capo disciplina i rapporti di lavoro instaurati tra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici della medicina dei servizi territoriali ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera b) del presente Accordo, in conformità con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, per l'organizzazione delle attività sanitarie territoriali a rapporto orario, per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione e che non risultino regolate da altri Accordi collettivi stipulati ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.
2. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1 bis, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, le Aziende sanitarie utilizzano ad esaurimento, i medici incaricati a tempo indeterminato nella attività di medicina dei servizi, già disciplinate dal capo II del D.P.R., n. 218/92 e dall'articolo 5, comma 4 dell'Allegato "N" al D.P.R. n. 484 del 1996. Per questi vale il presente Accordo.



ART. 50 – MASSIMALE ORARIO, VARIAZIONI E LIMITAZIONI.

1. Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato sono conferibili aumenti di orario fino a un massimo di 38 ore settimanali sulla base degli Accordi regionali.
2. La somma dell'attività per l'incarico disciplinato dal presente Capo e di altra attività compatibile non può superare l'impegno orario settimanale di 38 ore.
3. L'Azienda, qualora si rendano disponibili ore di attività per cessazione degli incarichi a tempo indeterminato, interpella i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda medesima che non svolgano altre attività convenzionali o attività libero professionale strutturata e, previa acquisizione della loro disponibilità, assegna l'aumento delle ore all'avente diritto tra i medici operanti nell'ambito della stessa Azienda secondo l'ordine di anzianità di incarico. A parità di anzianità di incarico prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
4. Per mutate ed accertate esigenze di servizio, l'Azienda può dar luogo a riduzione di orario dell'incarico o modifica della sede di attività del medico, dandone comunicazione all'interessato mediante posta elettronica certificata o altra modalità definita dall'Azienda con preavviso di un mese. La riduzione dell'orario si applica al medico con minore anzianità di incarico nell'ambito del medesimo servizio.
5. I provvedimenti con i quali si riducono gli orari o comunque si introducono modificazioni nei rapporti disciplinati dal presente Accordo sono comunicati entro 10 (dieci) giorni al comitato di cui all'articolo 12.
6. Eventuali nuovi aumenti di orario interessanti servizi già oggetto di precedenti riduzioni orarie, sono attribuiti al medico al quale era stata applicata la decurtazione di orario, ove possibile, o, comunque, al medico incaricato a tempo indeterminato con orario di incarico più basso.
7. Nel caso di non agibilità temporanea della struttura di assegnazione, l'Azienda assicura l'impiego temporaneo del medico in altra struttura idonea, senza danno economico per l'interessato.



ART. 51 – COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI.

1. Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato:
   a) si attiene alle disposizioni contenute nel presente Accordo e a quelle che l'Azienda emana per il buon funzionamento del servizio e il perseguimento dei fini istituzionali;
   b) osserva l'orario di attività indicato nella lettera di incarico a tempo indeterminato e le Aziende provvedono al controllo con gli stessi metodi adottati per il personale dipendente.
2. Tenuto conto di eventuali determinazioni finalizzate alla flessibilità e al recupero dell'orario definite a livello regionale e/o aziendale, a seguito dell'inosservanza dell'orario sono effettuate trattenute mensili, sulle competenze del medico inadempiente, per le ore di lavoro non effettuate.
3. L'inosservanza ripetuta dell'orario ed il mancato rispetto dei compiti previsti dal presente Capo sono contestate al medico secondo la procedura di cui all'articolo 25 del presente Accordo.
4. Il medico è tenuto a svolgere tutti i compiti affidati dall'Azienda, ivi comprese le eventuali variazioni in ordine alle sedi ed alla tipologia dell'attività, per le quali occorre tener conto di altre attività convenzionali svolte ai sensi del presente Accordo.
5. Sono inoltre doveri e compiti del medico:
   a) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale;
   b) la collaborazione funzionale con la dirigenza sanitaria dell'Azienda per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale ed il raggiungimento degli obiettivi aziendali.
6. I medici titolari di incarico a tempo indeterminato partecipano ai progetti assistenziali secondo quanto definito dagli Accordi regionali ed aziendali.
7. Le Aziende sanitarie possono affidare, sulla base di Accordi regionali ed esigenze organizzative, incarichi per specifiche responsabilità ai medici di cui al presente Capo.



ART. 52 – TRASFERIMENTI – DISPONIBILITÀ.

1. Il trasferimento dei medici, tra Aziende della stessa Regione, può avvenire a domanda del medico previo nulla-osta dei Direttori Generali delle Aziende di provenienza e di destinazione.
2. Il medico accetta le condizioni e la sede dell'Azienda di destinazione. L'Azienda di provenienza, con la cessazione dell'incarico convenzionale, non procede ai sensi del presente Accordo al conferimento di nuovo incarico. Nel caso di più medici interessati, gli stessi sono graduati in base all'anzianità di incarico, alla minore età, al voto di laurea e all'anzianità di laurea.
3. Il medico trasferito conserva l'anzianità maturata nel servizio di provenienza senza soluzione di continuità.
4. Gli Accordi regionali disciplinano la disponibilità del medico di medicina dei servizi territoriali, previo suo consenso, presso strutture o Enti del Servizio sanitario nazionale o regionale.

ART. 53 – SOSTITUZIONI.

1. L'Azienda può provvedere alla sostituzione dei medici assenti secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, di cui all'articolo 19, comma 6 del presente Accordo, con priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda.
2. La sostituzione cessa al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato.
3. Al medico sostituto spetta il trattamento economico di cui all'articolo 57, comma 1, lettera A, punto I e lettera B.



ART. 54 – PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO.

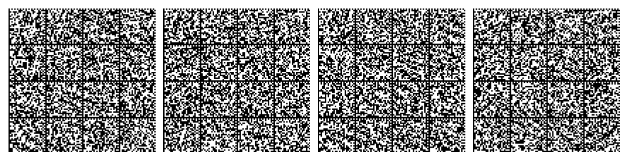
1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico incaricato a tempo indeterminato spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di 30 (trenta) giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore pari a cinque volte l'orario di incarico settimanale.
2. A richiesta dell'interessato, il permesso, autorizzato dall'Azienda, è fruito in uno o più periodi, con un preavviso di 30 (trenta) giorni. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso esso è concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio.
3. Il periodo di permesso è fruito almeno allo 80% a giornata intera e per la parte rimanente può essere frazionato in ore; è utilizzato durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell'anno successivo.
4. Ai fini del computo del permesso retribuito sono considerate attività di servizio il congedo matrimoniale di cui al successivo comma 6 ed i periodi retribuiti di assenza per malattia e gravidanza di cui all'articolo 55. Non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti.
5. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.
6. Al medico titolare di incarico a tempo indeterminato spetta un congedo matrimoniale retribuito non frazionabile di quindici giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.
7. Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale è corrisposto il normale trattamento di servizio.

ART. 55 – ASSENZE PER MALATTIA E GRAVIDANZA.

1. Al medico incaricato a tempo indeterminato che si assenta per comprovata malattia o infortunio, anche non continuativamente nell'arco di trenta mesi, che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi sei mesi e al 50% per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi, senza retribuzione.
2. L'Azienda può disporre controlli sanitari, in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati, secondo le modalità e le procedure previste dalla normativa vigente.
3. Al medico incaricato a tempo indeterminato in caso di gravidanza o puerperio, l'Azienda mantiene l'incarico per sei mesi continuativi e corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

ART. 56 – ASSENZE NON RETRIBUITE.

1. Il medico è sospeso dall'incarico, con conservazione dello stesso, e dalle attività con le modalità e per i motivi di cui all'articolo 22 del presente Accordo.
2. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve dare all'Azienda un preavviso di almeno 15 (quindici) giorni per l'ottenimento del relativo permesso.
3. In caso di svolgimento degli incarichi, ai sensi del presente Capo, in più posti di lavoro o in più Aziende il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.
4. Nessun compenso è dovuto al medico per i periodi di assenza di cui al presente articolo.



ART. 57 – TRATTAMENTO ECONOMICO – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto il trattamento economico, così articolato:

A. compenso professionale già previsto dall'articolo 14, Allegato N al D.P.R. n. 270/2000:

I) compenso orario pari ad Euro 13,20 (tredici/20) per ogni ora di attività, incrementato di Euro 0,99 dal 1° gennaio 2008, di Euro 0,43 dal 1° gennaio 2010, di Euro 0,43 dal 1° gennaio 2019, di Euro 0,58 con la decorrenza prevista dall'articolo 5, comma 1, tabella A3 dell'ACN 28 aprile 2022 e di Euro 1,07 dal 1 gennaio 2021;

II) incrementi di anzianità di cui all'articolo 20, comma 1, lettera a) e lettera c), D.P.R. n. 218/1992, calcolati alla data del 29 febbraio 1996, compreso il maturato economico alla stessa data con gli incrementi percentuali del 2,3% per l'anno 1999 e del 1,4% per l'anno 2000 mantenuti dai singoli interessati;

III) per l'attività svolta nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle ore 6, il compenso orario predetto è maggiorato nella misura del 30%. Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è del 50%;

IV) compenso aggiuntivo determinato con i criteri di cui all'articolo 20, comma 1, lettera b) (b2 e b3), del D.P.R. n. 218/1992 (quote mensili di carovita), nella misura corrisposta al 31 dicembre 1997, incrementata del 2,3% dal 1° gennaio 1999 e del 1,4% dal 1° gennaio 2000;

V) indennità di piena disponibilità ai medici che svolgono esclusivamente attività ai sensi del presente Accordo, salvo la libera professione di cui all'articolo 28, per ogni ora risultante dalla lettera di incarico, Euro 0,61;

VI) indennità chilometrica. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta, qualora si avvalgano del proprio automezzo per spostamenti dovuti allo svolgimento di attività al di fuori dei presidi della Azienda, un rimborso pari ad 1/5 del prezzo "ufficiale" della benzina verde per ogni chilometro percorso, nonché adeguata assicurazione dell'automezzo;

VII) per lo svolgimento dei compiti previsti dall'articolo 51, comma 5 è corrisposto un compenso per ogni ora incarico pari ad Euro 1,15 non valutabile ai fini della determinazione del premio di operosità;

B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010.

2. I compensi di cui al comma 1 sono corrisposti entro la fine del mese successivo a quello di competenza. Ai soli fini della correntezza del pagamento si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

3. Al medico della medicina dei servizi che partecipa ai progetti obiettivo, ai programmi e alle attività stabilite dagli Accordi regionali spettano quote variabili secondo quanto determinato dagli Accordi stessi.

4. Su tutti i compensi di cui al presente articolo, al netto degli Accordi regionali ed aziendali l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle



ART. 58 – RIMBORSO SPESE DI ACCESSO.

1. Per incarichi svolti in Comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nella stessa provincia, al medico viene corrisposto, per ogni accesso, un rimborso spese per chilometro in misura uguale a quella prevista per il personale dipendente.
2. Il rimborso non compete nell'ipotesi che il medico abbia un recapito professionale nel Comune sede di presidio presso il quale svolge l'incarico. Nel caso di soppressione di tale recapito, il rimborso è ripristinato dopo tre mesi dalla comunicazione dell'intervenuta soppressione all'Azienda.
3. La misura del rimborso spese è proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in Comune più vicino a quello sede del presidio. Rimane invece invariata qualora il medico trasferisca la propria residenza in Comune sito a uguale o maggiore distanza da quello sede del posto di lavoro.

ART. 59 – PREMIO DI COLLABORAZIONE.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario di cui all'articolo 57, comma 1, lettera A, punti I), II), IV) e V).
2. Detto premio è liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.
3. Al medico che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio viene calcolato e liquidato all'atto della cessazione del servizio.
4. Il premio di collaborazione non compete al medico nei cui confronti sia stato adottato il provvedimento di sospensione o di risoluzione del rapporto professionale per motivi disciplinari.

ART. 60 – PREMIO DI OPEROSITÀ.

1. Ai medici incaricati a tempo indeterminato spetta alla cessazione del rapporto convenzionale un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato; a tal fine non sono computati tutti i periodi di assenza dal servizio non retribuiti ai sensi del presente Capo.
2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni, e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.
3. Il premio di operosità è calcolato sul compenso professionale di cui all'articolo 57, comma 1, lettera A, punti I), II) e V) e sul premio di collaborazione di cui all'articolo 59, nonché in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al D.P.R. n. 884/84 che qui si intendono integralmente richiamati.
4. Ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.



ART. 61 – ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. L'Azienda, previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono il servizio di medicina dei servizi contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Capo, ivi compresi, ove l'attività sia prestata in un Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dal presente Accordo.
2. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
   a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
   b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno.
3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 15, comma 4.



CAPO III – EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ART. 62 – CAMPO DI APPLICAZIONE ED ATTIVITÀ.

1. L'organizzazione della emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale, in coerenza con le norme vigenti, gli atti d'intesa tra Stato e Regioni e i Livelli Essenziali di Assistenza.
2. Il personale medico convenzionato per l'espletamento del servizio è incaricato sulla base della graduatoria regionale di cui all'articolo 19 del presente Accordo e ai sensi dell'articolo 63, comma 6.
3. Gli Accordi regionali definiscono le modalità organizzative del Servizio di Emergenza sanitaria convenzionata di cui al presente Accordo, sulla base di quanto definito dai successivi articoli del presente Capo.
4. L'attività del servizio oggetto delle presenti disposizioni si esplica nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso, per attività di coordinamento operativo e risposta sanitaria nella Centrale Operativa 118, per interventi di soccorso in caso di maxi-emergenze o disastro e, a integrazione, nelle attività dei D.E.A./PS e aree afferenti con le collaborazioni di cui all'articolo 65, comma 2.
5. Il medico incaricato di emergenza sanitaria opera di norma nelle sottoelencate sedi di lavoro:
   a) centrali operative;
   b) postazioni fisse o mobili, di soccorso avanzato e punti di primo intervento;
   c) PS/D.E.A.
6. Il medico incaricato svolge la propria attività nel contesto del sistema di emergenza territoriale, organizzato secondo la normativa nazionale in vigore in materia di emergenza sanitaria.
7. Le Regioni definiscono i canali informativi, le procedure e le modalità dell'aggiornamento continuo del medico dell'emergenza, in materia di protocolli ed indirizzi nazionali e regionali del sistema di emergenza, tenuto conto degli Accordi Stato-Regioni in materia.



ART. 63 – ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI.

1. L'Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura.
2. Individuata la vacanza di incarico, l'Azienda ne dà comunicazione alla Regione, o al soggetto da questa individuato, per la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, come individuati al precedente comma 1.
4. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Regione o al soggetto da essa individuato domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'articolo 66 del presente Accordo.
6. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:
   a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
   b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
   c) i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4;
   d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;
   e) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;
   f) i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.
7. I medici già titolari d'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.
8. I medici di cui al comma 6, lettera a) sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione



dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1. In caso di pari posizione sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

9. I medici di cui al comma 6, lettera b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
   a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19;
   b) punti 5 a coloro che nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
   c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.
10. I medici di cui al comma 6, lettere c) e d) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.
11. I medici di cui al comma 6, lettere e) ed f) sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
12. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.
13. La Regione, o il soggetto da essa individuato, interpella i medici di cui al comma 6, lettera a), successivamente i medici di cui alla lettera b) i medici di cui alla lettera c), i medici di cui alla lettera d), i medici di cui alla lettera e) ed infine i medici di cui alla lettera f). I medici di cui alle lettere c), d), e) ed f) sono interpellati con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.
14. La Regione, o il soggetto da essa individuato, indica nell'avviso di cui al comma 3 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione di tutti i medici aventi titolo all'assegnazione degli incarichi con un preavviso di 15 (quindici) giorni.
15. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione, o, in mancanza di tale definizione, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione, con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli vacanti.
16. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.
17. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.



18. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto al precedente comma 16.
19. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante PEC, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Al medico con incarico temporaneo è corrisposto il trattamento economico di cui all'articolo 68.
20. Nell'ambito degli Accordi decentrati sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale da attuare prima della pubblicazione degli incarichi.
21. Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.

ART. 64 – MASSIMALE ORARIO.

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda, e comportano l'esclusività del rapporto.
2. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. Un ulteriore turno di servizio non può essere iniziato prima che sia trascorso un numero di ore pari a quelle effettuate nell'ultimo turno assegnato.
3. Per ragioni eccezionali e contingenti specifiche della tipologia dell'attività, qualora il servizio debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, l'attività continuativa può superare le 12 ore, ma mai comunque le 15 ore.
4. I turni di servizio dei medici incaricati di emergenza sanitaria territoriale devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva, fra tutti i medici incaricati, dei turni diurni, notturni e festivi sull'orario mensile.
5. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate le modalità organizzative e di collaborazione dei medici del 118 presso le strutture aziendali dell'Emergenza-Urgenza, nelle quali essi operano.
6. Ai medici di cui all'articolo 9, comma 2, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e a quelli di cui all'articolo 12, comma 4 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, cui venga conferito un incarico di emergenza sanitaria territoriale e per i quali le Regioni abbiano stabilito il mantenimento della frequenza a tempo pieno al corso di formazione specifica in medicina generale, l'incarico è comunque conferito ai sensi del comma 1 di cui al presente articolo (38 ore). Tuttavia, tali medici ottengono una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14 ore settimanali. Tale sospensione permane fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.



ART. 65 – COMPITI DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

1. Il medico incaricato svolge i seguenti compiti, retribuiti con la quota fissa oraria:
   a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato secondo la vigente normativa;
   b) attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze e NBCR (Nucleare Biologico Chimico Radiologico) previo svolgimento di apposito corso di formazione predisposto a livello regionale o aziendale;
   c) trasferimenti urgenti a bordo di autoambulanze attrezzate, ferma restando la copertura del servizio territoriale;
   d) attività presso centrali operative dei dipartimenti di emergenza e urgenza.
2. I medici incaricati possono inoltre, sulla base di appositi Accordi regionali ed aziendali:
   a) collaborare, per il tempo in cui non sono impegnati in compiti propri dell'incarico, nelle attività di primo intervento dei presidi territoriali delle Aziende e nelle strutture di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri dell'Azienda facenti parte dei dipartimenti di emergenza e urgenza;
   b) essere utilizzati presso punti di soccorso fissi o mobili, in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche e culturali ecc.;
   c) svolgere nelle centrali operative attività di coordinamento e di riferimento interno ed esterno al servizio;
   d) operare interventi di assistenza e di soccorso avanzato su mezzi attrezzati ad ala fissa, ala rotante, auto e moto medica ed altri mezzi di trasporto attrezzati;
   e) effettuare interventi di soccorso in mare, secondo modalità definite con le autorità competenti.
3. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale sono attribuiti anche ulteriori compiti previsti dagli Accordi regionali compresi quelli di formazione e aggiornamento del personale sanitario.
4. Ai medici incaricati a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono essere attribuiti compiti di formazione e aggiornamento del personale medico, sulla base di apposite determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.
5. Sulla base di apposita programmazione regionale e aziendale i medici dell'emergenza possono partecipare, secondo Accordi regionali ed aziendali, a progetti formativi e di educazione sanitaria dei cittadini in materia di emergenza sanitaria territoriale e primo intervento sanitario.
6. Il medico in turno di servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.
7. Il medico in turno di servizio è tenuto ad espletare gli interventi richiesti nel corso del turno, ed a completare l'intervento che eventualmente si prolunghi oltre il termine del turno di servizio medesimo. L'eccedenza di orario derivante dall'intervento di cui sopra è retribuita secondo quanto disposto dall'articolo 68.



ART. 66 – IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI EMERGENZA.

1. Al fine di esercitare le attività indicate dall'articolo 65 i medici devono essere in possesso di apposito attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dalle Aziende sulla base di quanto disposto ai successivi commi. Le linee guida per i corsi sono riportate nell'Allegato 10.
2. Le Regioni formulano, sulla base della normativa vigente, il programma di un apposito corso di formazione della durata di almeno 4 mesi, per un orario complessivo non inferiore a 300 ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico secondo le norme vigenti.
3. Le Aziende quantificano entro il 30 giugno di ogni anno il proprio fabbisogno di personale medico da utilizzare, nell'anno successivo, per le esigenze complessive (incarichi, sostituzioni e reperibilità) dell'emergenza sanitaria territoriale ed organizzano e svolgono entro il 31 dicembre dello stesso anno uno o più corsi di cui deve essere preventivamente data pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regionale.
4. Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti i criteri di accesso e modalità di partecipazione al corso.
5. Il corso si conclude con un giudizio di idoneità, o meno, dei partecipanti e con il rilascio da parte della Azienda di un attestato di idoneità allo svolgimento di attività di emergenza sanitaria territoriale valido presso tutte le Aziende sanitarie.



ART. 67 – SOSTITUZIONI, INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E PROVVISORI – REPERIBILITÀ.

1. Il medico impossibilitato ad effettuare il turno assegnato deve darne comunicazione al responsabile del competente Servizio dell'Azienda per la necessaria sostituzione.
2. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda, già individuata per il personale dipendente, lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza, nei DEA/PS e nelle strutture distrettuali e aziendali.
3. Alla sostituzione del medico sospeso ai sensi dell'articolo 22 del presente Accordo provvede l'Azienda utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6.
4. Nelle more dell'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, stabilite dall'articolo 63, l'Azienda può conferire incarichi provvisori per 38 ore settimanali, secondo le disposizioni di cui al successivo comma 7. L'incarico provvisorio non può essere superiore a dodici mesi e cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato. Sono fatte salve temporanee e specifiche diverse determinazioni regionali in relazione a obiettive difficoltà di organizzazione del Servizio, al fine di salvaguardare il livello qualitativo dell'emergenza sanitaria territoriale.
5. Alla scadenza dell'incarico di cui al comma 4, un ulteriore incarico potrà essere conferito dall'Azienda ad un altro medico e secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6. Esaurita la graduatoria, l'incarico potrà essere attribuito al medico precedentemente incaricato.
6. Per esigenze relative a importanti flussi turistici o di altro genere e per specifiche istanze sperimentali, le Aziende possono istituire punti di emergenza sanitaria territoriale conferendo incarichi a tempo determinato della durata massima di mesi sei, a medici inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6.
7. Gli incarichi provvisori e a tempo determinato conferiti dall'Azienda ai sensi dei precedenti commi 4 e 6, vengono assegnati ai medici inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, purché in possesso dell'attestato di cui all'articolo 66, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione.
8. Al medico che effettua sostituzione ai sensi del comma 3, al medico con incarico provvisorio di cui al comma 4 e al medico con incarico a tempo determinato di cui al comma 6 spetta il compenso indicato all'articolo 68, comma 1.
9. Considerate le peculiarità del Servizio di Emergenza Territoriale, le professionalità necessarie e la responsabilità intrinseca al Servizio stesso, per eventuali assenze impreviste od improvvise, l'Azienda organizza, i turni di reperibilità dei medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale.
10. L'Azienda organizza, utilizzando i medici incaricati nel servizio di emergenza sanitaria territoriale, turni di reperibilità domiciliare di 12 ore al fine di fronteggiare assenze improvvise dei medici incaricati del turno di lavoro. I turni mensili di reperibilità eccedenti il numero 4 vengono retribuiti mediante Accordi regionali.

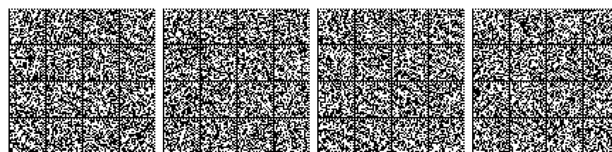


11. Ulteriori reperibilità, comprese quelle per le maxiemergenze, possono essere attivate in relazione a specifiche necessità determinatesi nell'ambito del Servizio.
12. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può essere inferiore al rapporto di 1 reperibile per 6 medici in guardia attiva nel turno corrispondente. Sono fatti salvi eventuali differenti Accordi regionali già in essere all'atto dell'entrata in vigore del presente Accordo.
13. L'Azienda sanitaria fornisce alla Centrale Operativa copia dell'elenco dei medici reperibili, con il relativo indirizzo, recapito telefonico e turni ad essi assegnati.



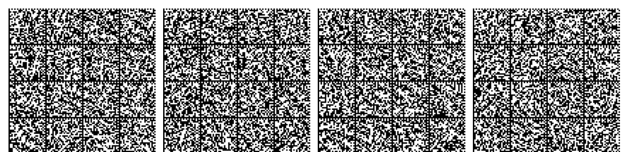
ART. 68 – TRATTAMENTO ECONOMICO – RIPOSO ANNUALE.

1. Il trattamento economico del medico di emergenza sanitaria territoriale è costituito da:
   A. compenso orario, pari ad Euro 24,25 per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente Capo;
   B. quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, negoziata a livello regionale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6, ACN 8 luglio 2010.
2. Gli Accordi regionali ed aziendali, per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 65, commi 2, 3, 4 e 5, nonché di ulteriori compiti individuati dalla contrattazione, prevedono i compensi da corrispondere ai medici che partecipano alle relative attività.
3. Fatti salvi gli Accordi regionali in essere alla data di entrata in vigore dell'ACN 23 marzo 2005, al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale spetta un periodo annuale retribuito di astensione obbligatoria dal lavoro per riposo pari a 21 giorni lavorativi esclusi i festivi, da fruirsi per 11 giorni a scelta da parte del medico e per i restanti 10 su indicazione dell'Azienda sulla base delle esigenze di servizio, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a tre volte l'impegno orario settimanale. Qualora sussistano eccezionalmente incarichi inferiori a 38 ore settimanali, il periodo di riposo è ridotto in misura proporzionale. Il periodo di riposo annuale è commisurato alla durata dell'incarico.
4. Le eventuali ore di servizio eccedenti le 38 settimanali, attribuite temporaneamente dall'Azienda e a garanzia della copertura del servizio, sono retribuite aggiuntivamente secondo le determinazioni previste dagli Accordi regionali.
5. I compensi sono corrisposti entro la fine del mese successivo a quello di competenza.



ART. 69 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO.

1. Sul compenso di cui all'articolo 68, comma 1, l'Azienda versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale con quota parte a carico dell'Azienda pari al 10,375%, a favore del competente fondo di previdenza di cui al Decreto del Ministro del lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni. L'aliquota previdenziale a carico del medico è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.
2. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i medici di cui al presente Capo possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
3. Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del D.Lgs. n. 151/2001 ed al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo, l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 1 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,72% (zero virgola settantadue per cento) sull'ammontare dell'onorario professionale di cui all'articolo 68, comma 1, lettera A da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.
4. L'Azienda, previo coordinamento della materia a livello regionale, provvede ad assicurare i medici che svolgono il servizio di emergenza sanitaria territoriale contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente Accordo, ivi compresi, qualora l'attività sia prestata in Comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo.
5. Il contratto è stipulato, senza franchigie, per i seguenti massimali:
   a) 775.000 Euro per morte od invalidità permanente;
   b) 52 Euro giornalieri per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di 300 giorni l'anno, fatti salvi diversi Accordi regionali.
6. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati di cui all'articolo 15, comma 4.
7. L'Azienda provvede inoltre ad assicurare i medici per i danni subiti, cagionati da terzi, nel corso della propria attività professionale di istituto.
8. Gli Accordi regionali disciplinano la copertura assicurativa RCT del medico di emergenza sanitaria territoriale, da parte delle Aziende. L'eventuale estensione della copertura assicurativa per colpa grave è a carico del medico.



CAPO IV – ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

ART. 70 – CAMPO DI APPLICAZIONE.

1. Il D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, come modificato ed integrato dal D.Lgs. 22 dicembre 2000, n. 433, ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria ed assegnato al Servizio Sanitario Nazionale il compito di assicurare alle persone detenute o internate livelli di prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di libertà, sulla base degli obiettivi generali, di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale e regionale.

2. Il presente Capo regolamenta l'attività svolta dai medici in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti all'interno degli Istituti penitenziari, a seguito del trasferimento delle funzioni sanitarie ai sensi dell'articolo 2, comma 283, lettera a) della L. 24 dicembre 2007, n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008.

3. I successivi articoli disciplinano il rapporto di convenzionamento instaurato tra le Aziende sanitarie ed i medici del servizio di assistenza penitenziaria, per l'espletamento delle attività afferenti alla medicina generale.

4. Dalla data di entrata in vigore del presente Accordo tali medici assumono la denominazione di medici di assistenza penitenziaria.



ART. 71 – MEDICI OPERANTI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI.

1. L'attività assistenziale presso gli Istituti penitenziari è assicurata dal servizio medico di base secondo il modello organizzativo definito dalla Regione con riferimento all'Accordo 22 gennaio 2015 della Conferenza Unificata, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali". I suddetti modelli organizzativi tengono conto anche dei rapporti di lavoro trasferiti al Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 2, comma 283, lettera b) della L. 24 dicembre 2007, n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008.

2. I medici operanti ai sensi del presente Capo prestano attività assistenziale a tutta la popolazione detenuta e garantiscono le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi e terapia previste dai Livelli Essenziali di Assistenza, espletando, in particolare, i seguenti compiti:

   - erogano le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura;
   - prescrivono gli accertamenti necessari, le consulenze specialistiche e rilasciano le specifiche certificazioni richieste;
   - redigono e aggiornano la cartella clinica individuale;
   - assicurano la presenza con orari predeterminati nell'ambito del modello organizzativo aziendale;
   - assicurano il raccordo con le altre figure professionali presenti all'interno del presidio per una corretta gestione clinica del paziente detenuto;
   - effettuano visite periodiche nell'ambito delle attività di medicina d'iniziativa e aderiscono alle campagne vaccinali e di educazione sanitaria;
   - redigono la certificazione dell'infortunio sul lavoro dei detenuti su modulo INAIL;
   - redigono la certificazione dello stato di malattia del lavoratore detenuto secondo la normativa vigente;
   - rilasciano la relazione sanitaria indirizzata al medico curante per i singoli detenuti in carico al momento della loro scarcerazione o al medico dell'Istituto di destinazione in caso di trasferimento;
   - garantiscono la continuità dell'assistenza con eventuale refertazione all'autorità giudiziaria.

   I medici del presente Capo svolgono altresì i seguenti compiti specifici:

   - effettuano la valutazione medica dei nuovi ingressi;
   - esprimono pareri e forniscono indicazioni di natura sanitaria su richiesta del Consiglio di disciplina;
   - inviano all'autorità giudiziaria le segnalazioni d'obbligo in caso di lesioni rilevate nel corso della visita esplicitando la compatibilità delle stesse con la dichiarazione del detenuto;
   - dispongono l'isolamento sanitario in caso di malattia contagiosa e particolare sorveglianza;
   - certificano l'idoneità dei detenuti alla traduzione e rilasciano il relativo nulla osta;



- eseguono le visite periodiche ai detenuti in isolamento per motivi giudiziari, disciplinari e sanitari e in particolari condizioni di rischio quali lo sciopero della fame e delle terapie e altri atti autoaggressivi.

3. I medici che operano negli Istituti penitenziari svolgono la propria attività nel rispetto di tutte le norme deontologiche, civili e penali che regolano l'esercizio professionale nel Sistema Sanitario Nazionale e sono tenuti altresì al rispetto dei regolamenti penitenziari, così come sancito dal D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230.
4. Il medico in turno di servizio deve essere presente fino all'arrivo del medico addetto al turno successivo. Al medico che deve prolungare il proprio turno per ritardato arrivo del medico addetto al turno successivo, spetta un compenso aggiuntivo pari all'eccedenza di orario svolto. Tale compenso viene trattenuto in misura corrispondente al medico ritardatario.
5. Il "Servizio sanitario penitenziario" opera sotto la responsabilità di un medico in servizio all'interno della struttura che coordina gli interventi delle professionalità sanitaria coinvolte, ivi incluse quelle specialistiche ospedaliere delle sezioni specializzate o dedicate e quelle dei servizi territoriali per la presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza.
6. Qualora l'Azienda, nell'ambito delle proprie determinazioni, decida di individuare il Responsabile/Referente di cui al comma 5 tra i medici di cui al presente Capo, la procedura di designazione dovrà tener conto dei seguenti criteri:

- il Responsabile/Referente dovrà espressamente accettare l'incarico ed essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
- l'incarico ha una durata di norma triennale.

7. Il Responsabile/Referente di cui al comma 5, con comprovata esperienza, svolge, in particolare, i seguenti compiti:

garantisce la sua presenza tutti i giorni feriali, secondo quanto stabilito in funzione della tipologia del presidio e le esigenze di servizio definite dall'Azienda di competenza;

coordina gli interventi di tutte le professionalità sanitarie coinvolte e garantisce il regolare svolgimento delle attività previste dal modello organizzativo;

- definisce i generali bisogni assistenziali dei detenuti;
- sovraintende alla corretta compilazione dei diari clinici da parte di tutti gli operatori preposti e alla tenuta di tutta la documentazione afferente;

è responsabile della gestione dei locali sanitari, della gestione di strumentazione ed arredi;

relaziona all'Autorità Giudiziaria e/o al Direttore del carcere lo stato di salute del detenuto. In sua assenza la funzione può essere delegata ad altro medico del presidio;

- mantiene costanti rapporti con la direzione penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico-assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate.

8. Al Responsabile/Referente di cui al comma 6 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l entità della remunerazione destinata alla funzione di Responsabile/Referente, il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 75, comma 2 del presente Accordo.
9. Il Direttore Generale dell'Azienda conferisce la funzione, valuta annualmente i risultati raggiunti e può procedere alla sostituzione del Responsabile/Referente anche prima della scadenza.



ART. 72 – ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI.

1. Le Aziende valutano il fabbisogno di medici e verificano la possibilità di assegnare ore disponibili ai medici con incarico a tempo indeterminato, per realizzare il completamento orario, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti sul Bollettino Ufficiale. In caso di pubblicazione deve essere indicato un incarico di almeno 24 ore settimanali.
2. I medici interessati, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Azienda domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati.
3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:
   a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
   b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
   c) i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 2;
   d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;
   e) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;
   f) i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione.
4. I medici di cui al comma 3, lettera a) possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento e sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza penitenziaria detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico.
5. I medici di cui al comma 3, lettera b), sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
   a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19;
   b) punti 5 ai medici che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
   c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

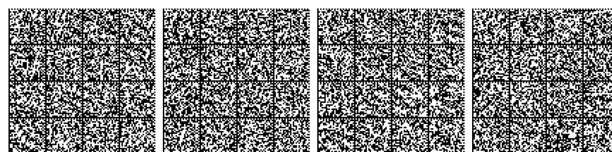


6. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 3, lettera a) e lettera b) sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.
7. I medici di cui al comma 3, lettera c) e d) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.
8. I medici di cui al comma 3, lettere e) ed f) sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
9. L'Azienda interpella i medici di cui al comma 3, lettera a), successivamente i medici di cui alla lettera b), i medici di cui alla lettera c), i medici di cui alla lettera d), i medici di cui alla lettera e) ed infine i medici di cui alla lettera f). I medici di cui alle lettere c), d), e) ed f) sono interpellati con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.
10. Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza.
11. L'Azienda provvede alla convocazione, secondo modalità dalla stessa definite, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi con un preavviso di 15 (quindici) giorni.
12. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Azienda, o, in mancanza di tale definizione, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione.
13. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
14. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante PEC, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Al medico con incarico temporaneo è corrisposto il trattamento economico di cui all'articolo 75.
15. Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.



ART. 73 – MASSIMALE ORARIO.

1. Gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti presso una sola Azienda per 24 ore settimanali fino ad un massimo di 38 e comportano, in caso di orario a tempo pieno, l'esclusività del rapporto.
2. Il medico deve osservare l'orario di attività indicato nell'atto di conferimento dell'incarico. L'inosservanza dell'orario di servizio comporta trattenute sulle competenze mensili del medico; in caso di reiterazione, l'inosservanza costituisce infrazione contestabile, da parte dell'Azienda, secondo le procedure di cui all'articolo 25.
3. L'attività continuativa di servizio non può superare le 12 ore. I turni di servizio dei medici incaricati ai sensi del presente Capo devono essere disposti sulla base del principio della equità distributiva dei turni.
4. In attuazione di quanto disposto dall'articolo 9, comma 2, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 nonché dall'articolo 12, comma 4 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, le Regioni, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 3, del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, possono prevedere limitazioni del monte ore settimanale, ovvero organizzare i corsi a tempo parziale, prevedendo in ogni caso che l'articolazione oraria e l'organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale. A tal fine, per il concomitante periodo di frequenza del corso a tempo pieno, si applica un limite di attività oraria pari a 24 settimanali.



ART. 74 – SOSTITUZIONI, INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E PROVVISORI.

1. Il medico impossibilitato ad effettuare il turno assegnato deve darne comunicazione al Responsabile/Referente di cui all'articolo 71, comma 6 per la necessaria sostituzione.
2. Le Aziende possono organizzare turni di reperibilità domiciliare per garantire il servizio in caso di improvvisa assenza o impedimento del medico di turno secondo modalità di attuazione e retribuzione definite con Accordi regionali.
3. L'Azienda, in attesa del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di cui all'articolo 71, può conferire incarichi provvisori, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, per un periodo non superiore a dodici mesi, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda, in Regione e da ultimo fuori Regione. L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o a seguito del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.
4. Per sopravvenute esigenze di servizio o di altro genere, le Aziende possono conferire incarichi a tempo determinato della durata massima di sei mesi, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6 interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa.
5. Alla sostituzione del medico sospeso dal servizio per le condizioni previste dall'articolo 22, provvede la Azienda con le modalità di cui ai precedenti commi.
6. Per lo svolgimento dell'attività di cui al presente articolo al medico spetta il trattamento economico indicato all'articolo 75, commi 1 e 2.

ART. 75 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

1. Per l'attività svolta ai sensi del presente Capo è corrisposto un compenso orario pari ad Euro 24,25, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda. Tale quota oraria è negoziata a livello nazionale.
2. È inoltre corrisposta una ulteriore quota oraria derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,26 per ciascuna ora di incarico, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale. Tali risorse sono per ciascun anno preventivamente decurtate delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 71, comma 8 del presente Accordo.
3. Gli Accordi regionali regolamentano le attività di cui al presente capo, in relazione ai compiti di cui all'articolo 71 del presente Accordo e alla complessità della struttura penitenziaria, nell'ambito delle risorse determinate a livello regionale.
4. Per i contributi previdenziali ed assicurativi si applicano le disposizioni previste per il medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria di cui all'articolo 48 del presente Accordo.



NORME FINALI

Norma finale n. 1

In deroga all'articolo 21, comma 1, lettera a), sono fatti salvi gli incarichi di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta o ad attività oraria conferiti ai sensi della norma finale n. 1 dell'ACN 28 aprile 2022 e quelli conferiti ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., ai medici incaricati di medicina penitenziaria con rapporti instaurati ai sensi della Legge 9 ottobre 1970, n. 740, ai medici di Polizia ed ai medici militari in SPE di cui all'articolo 6-bis del D.L. 24 aprile 1997, n. 198 convertito con modifiche nella Legge 20 giugno 1997, n. 174.

Norma finale n. 2

Tra i compiti affidati dal presente Accordo ai medici del ruolo unico di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale non rientrano le funzioni di medico necroscopo e di polizia mortuaria.

Norma finale n. 3

1. La formazione dei collaboratori di studio è riconosciuta essere una priorità ad alto valore aggiunto per la qualità delle prestazioni della medicina generale ed un investimento strategico per promuovere e sostenere forme innovative di erogazione dei servizi della medicina generale nei confronti dei cittadini.
2. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere previste iniziative volte a realizzare l'attività di cui al comma 1, anche mediante definizione di linee guida contenutistiche di livello nazionale o regionale volte a realizzare una formazione specifica del personale di studio tale da rendere gli addetti sempre più qualificati e funzionali allo sviluppo delle attività dei medici di famiglia nel Servizio Sanitario Nazionale.

Norma finale n. 4

Nel rispetto della programmazione regionale, le Aziende possono confermare i rapporti con i medici già incaricati di attività territoriali programmate ai sensi del Capo IV del D.P.R. 270/2000, tenuto conto delle disposizioni in materia di compatibilità di cui al presente Accordo.

Norma finale n. 5

Il fondo di cui all'articolo 47, comma 2, lettera D, qualora utilizzato per la organizzazione dello studio medico, deve prevedere l'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) specifico per le figure professionali utilizzate di cui al all'articolo 47, comma 2, lettera D, punto II.



Norma finale n. 6

Le Aziende sanitarie ed i medici di medicina generale attuano, per quanto di competenza, le disposizioni di cui alla L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Norma finale n. 7

Nell'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, la normativa vigente dispone il rispetto della invarianza degli oneri di finanza pubblica.

Norma finale n. 8

I medici, già titolari di concomitante incarico di assistenza primaria e di continuità assistenziale alla data di entrata in vigore dell'Accordo 28 aprile 2022, conservano i predetti incarichi anche in deroga a quanto previsto dall'articolo 38, comma 7, nel limite fissato dall'articolo 65, comma 5 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

Norma finale n. 9

L'Azienda annualmente richiede ai medici di medicina generale titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo un'autocertificazione informativa attestante la propria situazione professionale, con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, la libera professione e le limitazioni del massimale.

Norma finale n. 10

I medici che all'entrata in vigore del presente Accordo già percepiscono i compensi per l'attività in forma associativa ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. assicurano e mantengono lo standard organizzativo in essere e garantiscono la copertura della continuità dell'assistenza all'interno dell'AFT con priorità rispetto ai medici che non ricevono tali compensi.

Norma finale n. 11

In deroga a quanto previsto all'articolo 21, comma 1, lettera a), sono fatti salvi gli incarichi a tempo indeterminato dei medici di medicina dei servizi territoriali, che al momento dell'entrata in vigore dell'ACN 28 aprile 2022 avevano un concomitante incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria (a ciclo di scelta o ad attività oraria).



Norma finale n. 12

Sono fatti salvi gli incarichi dei medici già titolari presso gli istituti penitenziari (ex SIAS) che al momento dell'entrata in vigore dell'ACN 28 aprile 2022 avevano un concomitante incarico di medicina generale (medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta o ad attività oraria; medico della medicina dei servizi territoriali).

Norma finale n. 13

Lo svolgimento di attività compatibile con gli incarichi di medico di medicina generale comporta una riduzione dell'impegno settimanale. Per i medici a ciclo di scelta incaricati entro i termini di cui all'articolo 34, comma 1, si applica una riduzione del numero di scelte pari a 40 assistiti/ora. Per i medici del ruolo unico di assistenza primaria incaricati dopo tale termine l'Azienda applica una riduzione proporzionale dell'impegno complessivo di cui all'articolo 38, comma 1, secondo modalità concordate con il medico.

Norma finale n. 14

Per i medici a ciclo di scelta che già svolgono attività libero-professionale strutturata o che ne comunicano l'avvio entro i termini di cui all'articolo 34, comma 1, si applica quanto previsto dall'articolo 28 dell'ACN 28 aprile 2022.



NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

I compensi e le indennità di cui all'articolo 47, comma 2, lettera D, punto II sono riconosciuti nella misura e secondo i criteri di cui all'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. fino alla costituzione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

Norma transitoria n. 2

Le clausole negoziali introdotte in forza dell'articolo 9 del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e dell'articolo 12 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, restano valide per gli incarichi conferiti entro il termine previsto dalle disposizioni di legge.

Norma transitoria n. 3

Per i medici già operanti nel servizio di Assistenza negli Istituti penitenziari (ex SIAS) all'entrata in vigore del presente Accordo, ai quali è stato conferito un incarico convenzionale nelle more della regolamentazione di cui al Titolo II, Capo IV, sono fatti salvi gli effetti economici previsti dagli Accordi Integrativi Regionali.

Norma transitoria n. 4

Il medico del ruolo unico di assistenza primaria già titolare di concomitante incarico a ciclo di scelta e ad attività oraria all'entrata in vigore del presente Accordo, in caso di accettazione del trasferimento ai sensi dell'articolo 34, comma 5, lettera a) decade da tutti gli incarichi in essere, tenuto conto di quanto previsto all'articolo 34, comma 20.

Norma transitoria n. 5

Le disposizioni di cui all'articolo "41 – Revoche d'ufficio delle scelte" del presente Accordo potranno subire modifiche a seguito dell'istituzione dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti di cui all'articolo 62-ter del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e di quanto previsto dal D.P.C.M. 1 giugno 2022 In merito viene sentito il Tavolo di consultazione nazionale di cui all'articolo 7.



Norma transitoria n. 6

1. Ai sensi dell'articolo 4, comma 9-octiesdecies, del decreto-legge n. 198 del 29 dicembre 2022, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 14 del 24 febbraio 2023, in deroga ai limiti previsti dall'articolo 24, comma 1, lettera b) del presente Accordo, le Aziende possono trattenere in servizio i medici di medicina generale convenzionati, a richiesta degli interessati e fino al compimento del settantaduesimo anno d'età.

2. Il medico interessato, entro 180 (centottanta) giorni antecedenti il compimento del settantesimo anno d'età, inoltra via PEC all'Azienda di competenza apposita richiesta.

3. L'Azienda, a conclusione delle procedure di assegnazione di cui al presente Accordo, in assenza di personale medico convenzionato collocabile, può accettare la richiesta di cui al comma precedente.

4. La permanenza in servizio del medico di cui al comma 2 potrà essere consentita fino all'inserimento di titolare a tempo indeterminato, in conseguenza della reiterazione delle procedure di assegnazione ed in caso di permanente assenza di medici disponibili, fermo restando il limite massimo del compimento del settantaduesimo anno d'età.

5. In considerazione della carenza di medici disponibili allo svolgimento di sostituzioni per l'attività a ciclo di scelta ed in coerenza con quanto previsto dal precedente comma 1, in deroga all'articolo 21, comma 1, lettera j) del presente Accordo, ai medici già titolari di convenzione di medicina generale all'atto del pensionamento è consentito effettuare sostituzioni fino al compimento del settantaduesimo anno d'età, su nomina del medico titolare e per un massimo di 30 (trenta) giorni, come previsto dall'articolo 36, comma 10, lettera a) del presente Accordo, salvo diverse disposizioni di legge.

Norma transitoria n. 7

La modifica introdotta all'articolo 15, comma 8, con il presente rinnovo contrattuale si applica a far data dalla prima rilevazione successiva all'entrata in vigore del presente Accordo.

Norma transitoria n. 8

Fino al termine dell'articolo 34, comma 1, del presente Accordo, per l'assegnazione di incarichi provvisori e a tempo determinato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta o ad attività oraria, nonché per l'affidamento di sostituzioni, continua ad applicarsi quanto previsto dalla Norma transitoria n. 4 dell'ACN 28 aprile 2022 e si applicano i trattamenti economici previsti dal presente Accordo.

Norma transitoria n. 9

Gli incarichi provvisori di cui all'articolo 19, comma 6, riferiti al ruolo unico di assistenza primaria possono essere conferiti fino al 31 dicembre 2024. Dal 1 gennaio 2025 sono conferiti i soli incarichi a tempo determinato di cui all'articolo 37.



DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a verbale n. 1

Il terminale associativo è una struttura sindacale dotata del potere di rappresentanza della sigla a livello negoziale di riferimento (nazionale, regionale, aziendale). Si estrinseca nella sussistenza di una struttura organizzativa caratterizzata da una pluralità di componenti, operanti per ciascun livello negoziale ed eletti nel principio di democraticità interno quali rappresentanti di un'unica Organizzazione Sindacale accreditata presso le amministrazioni di riferimento.

Dichiarazione a verbale n. 2

L'attività del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, ancorché si avvalga delle prestazioni di collaboratore di studio, non possiede le caratteristiche di autonoma organizzazione in quanto è sottoposta ad una serie di vincoli convenzionalmente previsti:

obbligatorietà di presenza settimanale in numero minimo di ore giornaliere di apertura del proprio studio;

prescrizioni e controlli circa i requisiti dei locali adibiti ad esercizio dell'attività e della strumentazione in dotazione;

limiti di anzianità per l'esercizio dell'attività;

monitoraggio e verifiche continue dell'attività convenzionata;

– controlli della prescrizione con l'obbligo di adesione alle deliberazioni regionali ed aziendali circa l'indirizzo dell'attività.

Dichiarazione a verbale n. 3

Con il termine Azienda o Azienda sanitaria si intendono anche le diverse denominazioni che individuano le varie articolazioni territoriali definite dalle Regioni.

Dichiarazione a verbale n. 4

Il riferimento ai settori distinti a ciclo di scelta e ad attività oraria nell'Allegato 4 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della medicina generale è da ricondurre alla differente tipologia di attività svolta nell'ambito del ruolo unico di assistenza primaria.



Dichiarazione a verbale n. 5

Le parti prendono atto dell'iniziativa delle Regioni tesa a riformulare i criteri di ripartizione delle disponibilità annue stabilite dall'art. 1, comma 526, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, allo scopo di uniformare le quote del compenso indicato all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto II del presente Accordo.

Dichiarazione a verbale n. 6

Le parti ribadiscono, come già evidente dalla natura dell'istituto e dalle clausole negoziali in cui è introdotto (Art. 33), che l'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato n. 5 consegue alla valutazione, da parte dell'Azienda, del fabbisogno di medici e del rapporto ottimale nell'ambito di riferimento. Come tutte le procedure di assegnazione di incarichi occorre persista la carenza dell'ambito qualora, all'atto dell'avvio della procedura stessa, il titolare cessasse dal proprio incarico.

Dichiarazione a verbale n. 7

Le parti ribadiscono la validità di quanto previsto all'articolo 2 dell'ACN 30 ottobre 2020.



ALLEGATI

ALLEGATO 1 – MEDICINA DI INIZIATIVA.

1. La medicina di iniziativa prevede l'interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e addestramento ed un *team* mono/multiprofessionale. Assicura, sulla base di un piano di cura personalizzato, attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate al fine di rallentarne l'evoluzione e prevenirne le complicanze e consiste in un richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo a quanto previsto dal piano di cura.

2. Il *team* monoprofessionale è composto dai medici della AFT, dal personale appositamente formato a svolgere sia i compiti segretariali che quelli di supporto alle attività cliniche, valutative e di *empowerment* del paziente.

3. Il *team* multiprofessionale è composto dai medici della AFT e dai professionisti della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) di riferimento individuati nel piano di cura per la gestione del caso.

4. Per ogni AFT si identificano i cittadini affetti da condizioni di rischio, patologie croniche e condizioni di disagio socio-assistenziale a cui assicurare assistenza, assegnandoli, sulla base della gravità e gravosità dello stato di salute, a due gruppi di pazienti:

   a) pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di importanti problemi socio-assistenziali;

   b) pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali.

5. I pazienti di cui al comma 4, lettera a) sono presi in carico e assistiti prevalentemente dal *team* monoprofessionale di cui al comma 2 o dal *team* multiprofessionale di cui al comma 3 in relazione alla erogazione delle prestazioni previste dallo specifico PDTA.

6. I pazienti di cui al comma 4, lettera b) sono assistiti dal *team* monoprofessionale di cui al comma 2 o dal *team* multiprofessionale di cui al comma 3 e dal Distretto per le problematiche socio-assistenziali.

7. Il piano individuale di cura dettaglia le attività cliniche, valutative, di *empowerment* e *family learning* necessarie per ogni specifico paziente, la periodicità della loro ripetizione e individua le figure professionali del *team* deputate ad eseguire le succitate attività e a determinare la periodicità dei momenti di rivalutazione comune.

8. Il responsabile clinico della formulazione e della applicazione del PDTA è il medico di scelta del paziente.



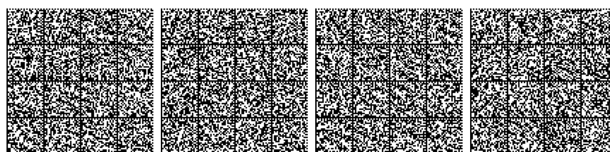
ALLEGATO 2 – MODALITÀ DI CALCOLO DELLA TRATTENUTA MEDIA VALIDA AI FINI DELLA RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE

Il calcolo è operato dalla SISAC procedendo alla individuazione della trattenuta media di ciascun sindacato rappresentativo secondo la rilevazione di rappresentatività effettuata al 01/01 dell'anno precedente. La trattenuta media si ottiene rapportando il dato del totale annuo trattenuto e riversato in favore di ciascuna O.S. al rispettivo numero delle deleghe rilevate come da seguente esempio:

$$\frac{\text{TOTALE ANNUO TRATTENUTO RILEVATO NELLA RILEVAZIONE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}}{\text{NUMERO DI DELEGHE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}} = \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \alpha$$

Tra le trattenute medie annue di ciascun sindacato (α, β, γ, ...) si determina la media semplice ed il risultato è diviso per due e ridotto del 10%.

$$\frac{\left[\dfrac{\text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \alpha + \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \beta + \text{TRATTENUTA MEDIA SINDACATO } \gamma + \ldots}{\text{NUMERO SINDACATI RAPPRESENTATIVI DERIVANTI DALLA RILEVAZIONE AL 01/01 DELL'ANNO PRECEDENTE}}\right] \times 90}{200}$$



ALLEGATO 3 – PROCEDURE TECNICHE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE.

APPLICAZIONE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE – MEDICI DI MEDICINA GENERALE –

I criteri e le modalità per la comunicazione delle ore di disponibilità da parte delle Organizzazioni Sindacali operanti nell'area del convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale sono disciplinati dall'articolo 16 del presente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Il sistema di rilevazione è finalizzato a facilitare la compilazione, ridurre il rischio di errori materiali ed agevolare le fasi di acquisizione ed elaborazione dei dati, garantendo la certificazione dei dati trasmessi e rilevati, con prova documentale di quanto trasmesso, in caso di eventuali contestazioni.

Al 1° gennaio di ciascun anno la SISAC rende disponibile sul sistema informatizzato ad accesso riservato il monte orario annuo complessivo e quello relativo a ciascuna O.S. Tale monte orario è determinato applicando il criterio di cui all'articolo 16, comma 1 (numero di deleghe degli iscritti derivanti dalla rilevazione certificata ai sensi dell'articolo 15, comma 6 dell'ACN moltiplicato per 3 ore annue).

Le Aziende acquisiscono annualmente, tramite le procedure informatizzate messe a disposizione dalla SISAC, i nominativi dei rappresentanti sindacali che, per ciascuna sigla rappresentativa e firmataria dell'ACN, fruiranno di ore di disponibilità, secondo quanto previsto dall'articolo 16, comma 2.

A tale scopo il legale rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale (livello nazionale) provvede a registrare sull'applicazione informatizzata disposta dalla SISAC l'anagrafica di tutti i rappresentanti della propria O.S. sull'intero territorio nazionale che saranno destinatari di ore di disponibilità sindacale e a richiedere, per ciascuno di essi, l'assegnazione di ore fino al livello massimo consentito (monte ore). Alternativamente, il legale rappresentante nazionale del sindacato può delegare ai rappresentanti sindacali regionali (livello regionale) il compito di creare, tramite la medesima procedura informatizzata, anagrafiche di ambito regionale, trasferendo contestualmente a loro tutto o parte del monte ore nazionale fruibile. Analogamente, i legali rappresentanti sindacali regionali possono decidere di delegare ulteriormente tale compito, nel limite delle ore assegnate dal livello regionale, determinando, tramite il medesimo sistema informatizzato, anagrafiche aziendali con affidamento delle ore di disponibilità in favore dei rappresentanti sindacali (livello aziendale).

Tramite l'applicativo informatizzato la SISAC provvede a ratificare le richieste provenienti da tutti i livelli sindacali (nazionale, regionale, aziendale), ed a trasmettere le comunicazioni di competenza. Le Regioni e le Aziende prendono atto delle assegnazioni disposte dalle OO.SS. in favore di medici di medicina generale operanti localmente al fine del riconoscimento delle ore di disponibilità sindacale.

In corso d'anno il legale rappresentante nazionale del sindacato, ovvero del livello regionale o aziendale se autorizzati, per la parte di competenza, ha la possibilità di procedere alla variazione, in positivo o in negativo, di una assegnazione di ore precedentemente effettuate e all'eventuale cancellazione, a qualsiasi titolo, di un nominativo dall'anagrafica, con il corrispondente recupero delle ore già attribuite ma non utilizzate.

Ad ogni inserimento, modifica, ratifica o presa visione delle ore di disponibilità sindacale il sistema genera una certificazione trasmessa a mezzo PEC contemporaneamente alla O.S. operante, alla SISAC, alla Regione ed alla Azienda di appartenenza del rappresentante sindacale.



ALLEGATO 4 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i medici di medicina generale in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti secondo le previsioni del vigente ACN.

2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, per l'insieme delle prestazioni individuate come indispensabili e fissano i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli. Per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo si intendono applicate le disposizioni di legge di cui al presente comma.

3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.

4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, i servizi pubblici da considerare essenziali nella presente area negoziale sono i seguenti:

a) ruolo unico di assistenza primaria;

b) emergenza sanitaria territoriale;

c) medicina dei servizi territoriali;

d) assistenza negli istituti penitenziari.

2. Nell'ambito dei suddetti servizi essenziali del comma 1 è garantita, per ogni settore, nelle forme e nelle modalità di cui al successivo articolo 3, la continuità delle seguenti prestazioni indispensabili per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati:

a) ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta: visite domiciliari avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento del paziente, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi regionali;

b) ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria: prestazioni di cui all'articolo 43, comma 7 nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi



regionali, in particolare l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza domiciliare programmata a malati terminali;

c) emergenza sanitaria territoriale: tutte quelle di cui all'articolo 65 del vigente ACN per gli aspetti inerenti il soccorso urgente;

d) medicina dei servizi: tutte quelle rese nell'ambito dei servizi per tossicodipendenza, di igiene pubblica, d'igiene mentale, di medicina fiscale;

e) assistenza negli istituti penitenziari: assistenza sanitaria urgente, comprensiva in ogni caso delle terapie non procrastinabili, presenza nei processi con rito direttissimo o con imputati detenuti per quelle cause e uscite per gravi motivi di sicurezza.

ART. 3

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CONTINGENTI DI PERSONALE

1. Le prestazioni minime indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo vengono erogate da ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in riferimento ai propri assistiti in carico.

2. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, relativamente ai medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, di medicina dei servizi territoriali, di emergenza sanitaria territoriale ed i medici operanti negli istituti penitenziari, con appositi protocolli d'intesa a livello decentrato, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui all'articolo 2 del presente Accordo, nonché per la loro distribuzione territoriale.

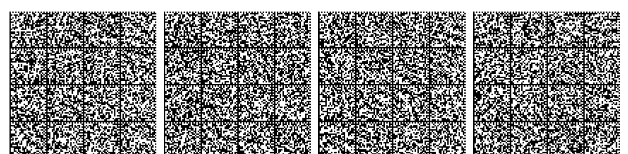
3. In conformità ai protocolli di cui al comma precedente le Aziende individuano, in occasione degli scioperi nell'area della medicina generale, i nominativi dei medici tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, alle Organizzazioni Sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile. In ogni caso, per le prestazioni indispensabili relative al ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria e all'emergenza sanitaria territoriale, va mantenuto in servizio il personale convenzionato normalmente impiegato durante il turno in cui viene effettuato lo sciopero (contingente pieno).

ART. 4

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca spontanea di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.

2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al



precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".

3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenuti a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 5, comma 8.

4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:

a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 48 (quarantotto) ore continuative anche per quei comparti organizzati per turni. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;

b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno le 72 (settantadue) ore. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare le 24 ore;

c) con esclusione del settore del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, che promuoverà sempre scioperi non inferiori ad una giornata lavorativa, gli scioperi orari della durata inferiore ad un giorno lavorativo si svolgeranno in un unico e continuo periodo, all'inizio o alla fine di ciascun turno, secondo l'articolazione dell'orario previsto per il servizio;

d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono consentite tutte le forme di sciopero che garantiscono il rispetto dei diritti costituzionali;

e) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre Organizzazioni Sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.

5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:

- nel mese di agosto;
- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali Europee, nazionali e referendarie;
- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali e comunali, per i singoli ambiti;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.



6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

7. L'adesione allo sciopero comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.

8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dello sciopero medesimo.

9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) del presente Accordo, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 47 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

ART. 5

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.

2. I soggetti incaricati di svolger le procedure di conciliazione sono:

a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;

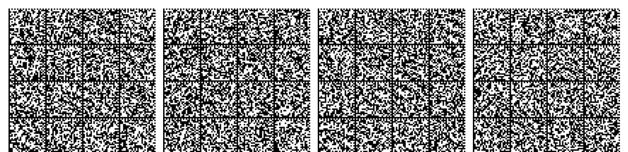
b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;

c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.

3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle Organizzazioni Sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.

4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.

5. Il tentativo si considera altresì esplicato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.



6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.

7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.

9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.

10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 4, comma 5.

ART. 6

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.

2. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le peculiari modalità di organizzazione delle prestazioni di lavoro autonomo dei medici di medicina generale convenzionati con il S.S.N. ed evitare gravi disagi organizzativi che potrebbero incidere negativamente sull'erogazione delle prestazioni indispensabili, il medico di medicina generale è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale, fatta eccezione per i medici iscritti alla Organizzazione Sindacale che ha proclamato o aderito allo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione.



ALLEGATO 5 – DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL RICAMBIO GENERAZIONALE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA.

ART. 1

PRINCIPI GENERALI

1. Al fine di favorire il ricambio generazionale, il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria, anche anticipata, presso la Fondazione ENPAM e con un minimo di 1.300 assistiti, può richiedere all'ENPAM l'Anticipo della Prestazione Previdenziale (modulo A)*, di seguito denominata APP, alle condizioni e con le modalità previste del presente Allegato.
2. L'attivazione del predetto istituto è subordinata alla riduzione dell'attività convenzionale da parte del medico di cui al comma 1, da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%, a fronte della contestuale attribuzione, con rapporto convenzionale a tempo indeterminato, della corrispondente quota di attività ad un medico da incaricare (di seguito "medico incaricato APP") inserito nella graduatoria di cui all'articolo 19, comma 1 del presente ACN.
3. Prima dell'avvio della APP e del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato, è previsto un periodo di affiancamento obbligatorio, disciplinato dal successivo art. 6.
4. L'incarico a tempo indeterminato ha la medesima decorrenza della APP.

ART. 2

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI APP

1. Il medico che vuole accedere alla APP deve presentare alla Azienda di appartenenza, entro il 31 dicembre, idonea domanda di adesione (modulo B)*. La domanda deve essere corredata dalla certificazione del raggiungimento del requisito per accedere alla pensione di cui all'art. 1, comma 1, rilasciata dalla Fondazione ENPAM.
2. La domanda deve riportare i seguenti dati:
   a) età del richiedente;
   b) percentuale di riduzione dell'attività convenzionale: da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%. La scelta ha carattere vincolante per un anno;
   c) numero di assistiti.
3. Il medico di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei medici titolari", di cui al successivo art. 3, che sarà reso pubblico entro il 31 gennaio.

ART. 3

ELENCO APP DEI MEDICI TITOLARI

1. Il medico inserito nell'Elenco APP (di seguito "medico titolare" deve confermare alla Azienda, mediante PEC, entro il 31 dicembre di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di



ricambio generazionale e comunicare l'eventuale modifica della percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lettera b). La modifica ha validità annuale.

2. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata alla Azienda mediante PEC.

ART. 4

PRESENTAZIONE DOMANDA DEL MEDICO DA INCARICARE CON PROCEDURA APP

1. Il medico da incaricare di cui all'art. 1, comma 2, del presente Allegato, che vuole accedere alla procedura di ricambio generazionale della APP, presenta all'Assessorato alla Sanità della Regione idonea richiesta (modulo C)* da inviare con PEC, entro il termine del 30 aprile.
2. Il medico di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei medici da incaricare", di cui al successivo art. 5, che sarà reso pubblico entro il 31 maggio.

ART. 5

ELENCO APP DEI MEDICI DA INCARICARE

1. Ai fini della formazione dell'"Elenco APP dei medici da incaricare" si utilizza il punteggio della graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
2. Il medico da incaricare già inserito nell'Elenco APP deve confermare all'Assessorato alla Sanità della Regione, mediante PEC, entro il 30 aprile di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di ricambio generazionale. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata mediante PEC.

ART. 6

DISCIPLINA DEL PERIODO DI AFFIANCAMENTO

1. L'Azienda di competenza del medico titolare individua il medico da incaricare tra quelli inseriti nell'Elenco APP di cui all'art. 5, secondo l'ordine dello stesso, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico titolare. Nel caso in cui il medico da incaricare non sia disponibile, l'Azienda individua un nuovo medico secondo lo stesso criterio.
2. Il periodo di affiancamento ha una durata di 60 giorni di servizio effettivo. Durante questo periodo entrambi i medici svolgono congiuntamente l'attività convenzionale nei confronti degli assistiti.
3. Durante il periodo di affiancamento entrambi i medici sono sospesi dagli Elenchi APP di appartenenza. Il medico da incaricare resta inserito nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
4. Al termine del periodo di affiancamento, le parti manifestano congiuntamente la volontà all'avvio della APP (modulo D)*, nel quale:



- il medico titolare si impegna irrevocabilmente a ridurre la propria attività convenzionale nella misura di cui all'art. 2, comma 2, lettera b) al fine di beneficiare dell'APP. Dichiara inoltre di aver presentato domanda di APP alla Fondazione ENPAM;
- il medico da incaricare si impegna irrevocabilmente a svolgere la quota dell'attività convenzionale resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal medico titolare;
- entrambi i medici dichiarano che regolamenteranno fra loro la ripartizione degli oneri e/o spese inerenti l'attività convenzionale, sollevando la Azienda da qualsivoglia responsabilità al riguardo.

5. La manifestazione di volontà deve essere inviata, a pena di decadenza, entro 15 giorni dalla fine del periodo di affiancamento, con PEC, all'Assessorato alla Sanità della Regione, alla Azienda di competenza e alla Fondazione ENPAM.
6. In mancanza di tale manifestazione di volontà, entrambi i medici restano sospesi dagli Elenchi APP e non possono accedere ad un nuovo periodo di affiancamento per 120 giorni dallo scadere del termine di cui al precedente comma 5.
7. Il medico titolare può effettuare al massimo tre periodi di affiancamento. Nel caso in cui anche al termine del terzo periodo di affiancamento non sia stata manifestata la volontà di avviare l'APP, di cui al precedente comma 4, il medico titolare decade dall'Elenco APP e può accedere nuovamente alla procedura di ricambio generazionale trascorsi due anni dal termine del terzo periodo di affiancamento.
8. Durante il periodo di affiancamento:
   - in caso di malattia il medico titolare può nominare come sostituto il medico da incaricare;
   - in caso di decesso del medico titolare, il medico da incaricare può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti del medico deceduto fino a un massimo di 60 giorni;
   - in caso di cessazione/rinuncia per qualsiasi motivo da parte del medico l'Azienda individua un nuovo medico da incaricare avviando la procedura di cui al comma 1 del presente articolo, con nuova decorrenza del periodo di affiancamento.
9. Durante il periodo di affiancamento il trattamento economico spettante al medico da incaricare è a carico del medico titolare ed è calcolato nella misura del 30% del compenso della quota capitaria del presente ACN. Ai medici da incaricare spettano i compensi per le prestazioni eseguite nel periodo di affiancamento relativi alle quote variabili per compensi/servizi calcolati in base al tipo ed ai volumi di prestazioni concordate a livello regionale ed aziendale.

ART. 7

ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

1. A seguito della manifestazione di volontà, di cui all'art. 6, comma 4, la Fondazione ENPAM, previa presentazione della domanda di APP, provvede ad erogare la prestazione al medico titolare.



ART. 8

TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO TITOLARE

1. I compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al medico titolare che accede alla APP sono diminuiti in misura pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b).

ART. 9

INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEL MEDICO INCARICATO APP

1. A seguito della manifestazione di volontà di cui all'art. 6, comma 4, viene instaurato il rapporto convenzionale con il medico da incaricare mediante conferimento di incarico a tempo indeterminato.
2. L'incarico di cui al comma 1 comporta l'obbligo di svolgere la quota percentuale di attività resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal medico titolare. In caso di cessazione del rapporto per qualsiasi causa di entrambi i medici, cessano tali obblighi.
3. All'atto del pensionamento definitivo del medico titolare al medico incaricato APP, come previsto dall'articolo 33, comma 12, è conferito l'incarico del ruolo unico di assistenza primaria con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta e svolgimento dell'attività ai sensi dell'articolo 38, comma 1 del presente Accordo.
4. Il medico incaricato APP di cui al presente articolo, durante il periodo di concomitante svolgimento dell'attività convenzionale con il medico titolare, non può concorrere per trasferimento all'assegnazione di incarichi per la copertura di ambiti territoriali carenti. In caso di rinuncia o cessazione per qualsiasi ragione dall'incarico APP, il medico può accedere nuovamente alla procedura trascorsi due anni dalla cessazione dell'incarico APP.

ART. 10

TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO INCARICATO APP

1. Al medico incaricato APP spetta la quota dei compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al medico titolare, pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b.

ART. 11

SOSPENSIONE E CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE - SOSTITUZIONI

1. Nei casi di sospensione dall'attività convenzionali di cui all'articolo 19 del presente ACN, fermo restando l'obbligo di sostituzione previsto dal presente Accordo, è data facoltà al medico titolare e al medico incaricato APP di nominarsi reciprocamente quale medico sostituto. I rapporti economici fra medico sostituto e medico sostituto sono regolati ai sensi dell'articolo 36 del presente Accordo.



2. In caso di cessazione dal rapporto convenzionale del medico incaricato APP, nelle more dell'attivazione di una nuova procedura APP, l'Azienda provvede a designare il sostituto avvalendosi delle graduatorie aziendali di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6 del presente Accordo, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico titolare. Il compenso spettante al sostituto del medico incaricato APP è quello previsto dall'art. 10 del presente Allegato.

NORMA FINALE

1. Per quanto non espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni del presente ACN.

NORMA TRANSITORIA

1. Le disposizioni di cui all'Art. 9, comma 3, del presente Allegato si applicano a decorrere dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente ACN.

*Il modulo A di cui al presente Allegato è predisposto e pubblicato a cura dell'ENPAM. I moduli B, C e D sono pubblicati sul sito *web* della SISAC (https://www.sisac.info).



ALLEGATO 6 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici del ruolo unico di assistenza primaria sono quelle elencate nel nomenclatore-tariffario del presente allegato.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio del medico del ruolo unico di assistenza primaria a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1, lo studio del medico deve essere adeguatamente attrezzato. Relativamente alle prestazioni di cui alla lettera C del nomenclatore-tariffario, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e codice fiscale dell'assistito.
5. Nel caso di prestazioni multiple o singole soggette ad autorizzazione dal Servizio, il medico deve inoltrare, insieme alla distinta riepilogativa delle prestazioni aggiuntive, la autorizzazione ed il modulo riepilogativo regionale di prestazioni multiple autorizzate.
6. Per le prestazioni rese, al medico spettano compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario, con esclusione di quelli previsti alla lettera "C". Nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito.
7. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al comma 4.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

A) PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE:

1.	Prima medicazione (*)	12,32
2.	Sutura di ferita superficiale	3,32
3.	Successive medicazioni	6,16
4.	Rimozione di punti di sutura e medicazione	12,32
5.	Cateterismo uretrale nell'uomo	9,66
6.	Cateterismo uretrale nella donna	3,59
7.	Tamponamento nasale anteriore	5,62
8.	Fleboclisi (unica eseguibile in caso di urgenza)	12,32
9.	Lavanda gastrica	12,32



10. Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica	6,16
11. Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**)	9,21
12. Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)	0,64

B) PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA:

1. Ciclo di fleboclisi	9,21
2. Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	6,16
3. Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (***)	1,23
4. Vaccinazioni (****)	6,16

C) TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI DI NORMA ESEGUIBILI NELL'AMBITO DEGLI ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI.

1. Gli Accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico, di prestazioni aggiuntive retribuite, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato.

(*) Per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

(**) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

(***) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.

(****) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede regionale o di Azienda. Per la conservazione del vaccino che è fornito dall'Azienda, lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda. La vaccinazione è compensata con la tariffa di cui al presente Allegato.



ALLEGATO 7 – PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

Il calcolo per l'applicazione del rapporto ottimale, riferito all'ambito territoriale, Comune o gruppi di Comuni, definito dalla Regione ai sensi dell'articolo 32, comma 4, è effettuato nel seguente modo:

a) si considera la popolazione di età superiore ai 14 anni anagraficamente residente nell'ambito territoriale alla data del 31 dicembre dell'anno precedente;

b) da tale dato si sottrae il numero dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta in altro ambito territoriale e si aggiunge il numero dei cittadini non residenti che hanno effettuato la scelta nell'ambito in esame;

c) si considera il numero dei medici di cure primarie a ciclo di scelta iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale e si attribuisce ad ognuno di essi un massimale corrispondente al parametro indicato nel rapporto ottimale di cui all'articolo 32, commi 1, e 2 del presente Accordo per l'ambito territoriale considerato;

d) al risultato dell'operazione di cui alle lettere a) e b) è sottratto il valore derivante dall'applicazione della lettera c);

e) l'ambito territoriale è definito carente qualora il calcolo di cui alla lettera d) sia superiore al 50% del valore del rapporto ottimale vigente.



ALLEGATO 8 – ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.

ART. 1 – PRESTAZIONI DOMICILIARI

1. L'assistenza domiciliare programmata è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:
   - monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
   - controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
   - indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
   - indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
   - indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;
   - collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
   - predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
   - attivazione degli interventi riabilitativi;
   - tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

ART. 2 – ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DOMICILIARE

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, quali ad esempio:
   a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);
   b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);
   c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
      I. insufficienza cardiaca in stadio avanzato;



II. insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;

III. arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;

IV. gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;

V. cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;

VI. paraplegici e tetraplegici.

ART. 3 – PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

1. La segnalazione del caso che necessita di assistenza domiciliare può essere effettuata alla Azienda dal medico di scelta dell'assistito, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.
2. Fermi restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di attivazione dell'ADP deve essere formulata, in ogni caso, dal medico in attività di scelta con precisazione del numero degli accessi, e trasmessa al Distretto.
3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo socio-sanitario nonché le necessità di eventuali supporti di personale.
4. Al fine di fornire al medico della Azienda la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico in attività di scelta emerga con chiarezza la diagnosi motivata e ogni altra indicazione utile.
5. L'esame del programma da parte del medico della Azienda deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al Distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dinanzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.
6. In caso di discordanza sul programma da parte del medico dell'Azienda, questi è tenuto a darne motivata comunicazione scritta entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata, al medico in attività di scelta, al fine di apportare al programma medesimo le modifiche eventuali. Apportate tali modifiche al programma, questo viene riproposto per l'approvazione entro 7 giorni.
7. Eventuali controversie in materia di assistenza domiciliare programmata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali.
8. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

ART. 4 – RAPPORTI CON IL DISTRETTO

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico in attività di scelta ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria, sulla base del programma e delle procedure di cui al precedente articolo 3, concordano:



a) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);

b) la periodicità settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta al domicilio, che può variare in relazione alla diversa intensità dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;

c) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni che necessitino al soggetto.

ART. 5 – COMPENSO ECONOMICO

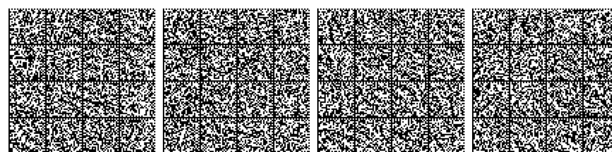
1. Al medico oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a € 18,90 per accesso.
2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

ART. 6 – MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al Distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato. In caso di sostituzione gli accessi sono retribuiti al medico sostituto come previsto all'articolo 36, comma 9.
2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.
3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 – DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico in attività di scelta che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare.
3. Sulla base di apposito Accordo regionale è stabilita la modulistica da adottarsi da parte delle Aziende per i compiti di cui al presente Allegato.

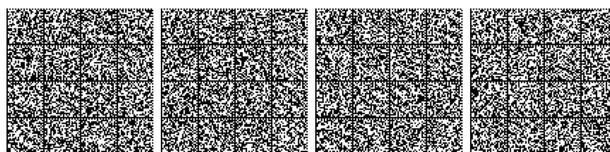


ART. 8 – VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della Azienda ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessità degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico del ruolo unico di assistenza primaria.

ART. 9 – INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione di ulteriori contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 22, comma 3, lettera a) del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, M6C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (Assistenza Domiciliare)", del D.M. 23 gennaio 2023 e s.m.i. e della Legge 23 marzo 2023, n. 33.



ALLEGATO 9 – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.

ART. 1 – PRESTAZIONI

1. L'assistenza domiciliare integrata è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:
   a) di medicina generale;
   b) di medicina specialistica;
   c) infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
   d) di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
   e) di assistenza sociale.
2. L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante la integrazione professionale tra i professionisti di cui al presente ACN e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente.
3. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

ART. 2 – DESTINATARI

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.
2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:
   – malati terminali;
   – malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
   – incidenti vascolari acuti;
   – gravi fratture in anziani;
   – forme psicotiche acute gravi;
   – riabilitazione di vasculopatici;
   – riabilitazione in neurolesi;
   – malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
   – dimissioni protette da strutture ospedaliere.



ART. 3 - PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE

1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di Distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:
   a) medico di scelta dell'assistito;
   b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
   c) servizi sociali;
   d) familiari del paziente.
2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del Distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta per attivare l'intervento integrato, previo consenso del malato o dei suoi familiari.
3. Ove il medico del Distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta, deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta e ai familiari dell'assistito interessato.
4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta concordano:
   a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
   b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
   c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;
   d) la cadenza degli accessi del medico del ruolo unico di assistenza primaria al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
   e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.
5. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta nell'ambito del piano di interventi:
   - ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
   - tiene la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
   - attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;
   - coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.



ART. 4 – SOSPENSIONE

1. L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta che dalla Azienda, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

ART. 5 - TRATTAMENTO ECONOMICO

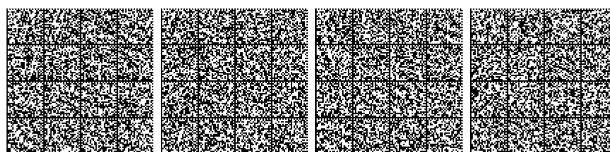
1. Al medico, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'articolo 47 è corrisposto un compenso onnicomprensivo per ciascun accesso di € 18,90.
2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite.
3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero del paziente in struttura sanitaria, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.
4. In caso di ricovero in struttura sociale il programma di assistenza domiciliare integrata viene riformulato sulla base della nuova situazione assistenziale. Cessa qualora l'assistenza sia erogata in residenze protette e collettività.

ART. 6 - MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al Distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato. In caso di sostituzione gli accessi sono retribuiti al medico sostituto come previsto all'articolo 36, comma 9.
2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti sono inoltrati al competente servizio della Azienda per la liquidazione.
3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio dell'assistito.
4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.
5. La liquidazione deve avvenire nel corso del secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni che devono sempre essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ART. 7 - DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta che eroga l'assistenza domiciliare integrata.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni ed una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata.



ART. 8 - RIUNIONI PERIODICHE

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove riunioni periodiche con i responsabili dell'attività sanitaria distrettuale e con i membri del Comitato Aziendale al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.
2. Alla riunione possono essere invitati i medici del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.
3. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare, concordando modalità e tempi.

ART. 9 – VERIFICHE

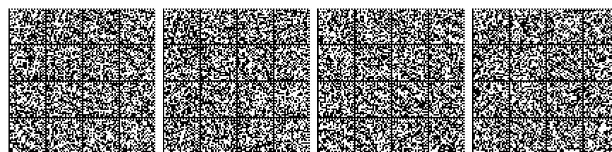
1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità degli interventi attivati.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico del ruolo unico di assistenza primaria in attività di scelta.

ART. 10 – CONTROVERSIE

1. Eventuali controversie in materia di Assistenza Domiciliare Integrata sono affidate alla valutazione congiunta del Direttore del Distretto e del medico di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.
2. In relazione a particolari difficoltà locali, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali può definire specifiche modalità procedurali atte a superarle.

ART. 11 – INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione di ulteriori contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 22, comma 3, lettera a) del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, M6C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (Assistenza Domiciliare)", del D.M. 23 gennaio 2023 e s.m.i. e della Legge 23 marzo 2023, n. 33.



ALLEGATO 10 – LINEE GUIDA PER I CORSI DI IDONEITÀ ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

PROGRAMMA

Il programma del corso per i medici dell'Emergenza attua le Linee Guida riguardo alla sequenza delle procedure di BLS (*Basic Life Support*=Sostegno delle Funzioni Vitali) e di ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*) nei casi di arresto cardiocircolatorio secondo l'*American Heart Association* e l'*European Resuscitation Council* e le Linee Guida dell'ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) nei casi di pazienti traumatizzati dell'*American College of Surgeons*, organismi scientifici, internazionali ed autorevoli, che periodicamente provvedono ad una revisione critica e ad un aggiornamento dei protocolli in base all'evoluzione delle conoscenze.

Il corso deve comunque perseguire il raggiungimento, da parte dei discenti, dei seguenti obiettivi:

1. Saper assistere un paziente:
   - al domicilio;
   - all'esterno;
   - su di un mezzo di soccorso mobile;
   - in ambulatorio.
2. Saper diagnosticare e trattare un paziente:
   - in arresto cardio circolatorio (manovre di rianimazione con ripristino della pervietà delle vie aeree, ventilazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, defibrillazione, uso dei farmaci raccomandati dal protocollo dell'ACLS)
   - con insufficienza respiratoria acuta (dall'uso dei farmaci, intubazione o.t., alla cricotomia)
   - politraumatizzato o con traumatismi maggiori (drenaggio toracico, manovre di decompressione in caso di PNX, incannulamento vene centrali, prevenzione di danni neurologici, ecc.)
   - grande ustionato (da fattori chimici o da calore)
   - in stato di shock
   - in coma o altre patologie neurologiche
   - con dolore toracico (dall'angina all'IMA complicato)
   - con aritmia cardiaca
   - con E.P.A.
   - con emorragie interne ed esterne (emoftoe, ematemesi, enterorragia, rottura di aneurisma)
   - in caso di folgorazione o annegamento



- in caso di avvelenamento o di intossicazione esogena acuta
- in emergenza ostetrico-ginecologica (assistenza al parto)
- in emergenza pediatrica (dalla crisi convulsiva all'arresto cardiorespiratorio del neonato)
- in emergenza psichiatrica (malato violento o in stato di agitazione psicomotoria)

3. Conoscere le tecniche di estrazione e di immobilizzazione di un paziente traumatizzato;
4. Avere nozioni e manualità di piccola chirurgia riferita in particolar modo al corretto trattamento della traumatologia "minore" (ferite, ustioni, contusioni, lussazioni, fratture);
5. Conoscere le implicazioni medico legali nell'attività dell'emergenza (responsabilità nei diversi momenti operativi);
6. Avere nozioni riguardo ai problemi di pianificazione delle urgenze/emergenza in caso di macro e maxi-emergenza (Il triage, coordinamento dei soccorsi anche con la Protezione Civile, ecc.)
7. Sapere utilizzare la tecnologia connessa con l'emergenza territoriale (sistemi di comunicazione, sistemi informatici, apparecchiature elettroniche);
8. Essere a conoscenza dell'organizzazione dei servizi comunque coinvolti nell'emergenza territoriale.
9. Essere formato al Corso *dispatch emergency medical*.

Per quanto riguarda la parte pratica questa dovrà essere svolta presso ospedali che siano forniti di almeno:

1. Pronto Soccorso - Medicina e Chirurgia d'Urgenza
2. Rianimazione
3. Cardiologia e Terapia intensiva
4. Ortopedia
5. Centrale Operativa funzionante e disponibilità di mezzi di soccorso

Inoltre, dovranno naturalmente essere individuati i materiali e gli strumenti da usare come supporti didattici (manichini per massaggio cardiaco esterno, intubazione oro-tracheale, incannulamento di vene centrali, seminari per la discussione di "casi" tratti dalla realtà o simulati, esercitazioni in collaborazione con i vigili del fuoco, ecc.).

La valutazione finale di "idoneità" o "non idoneità" viene effettuata mediante prova scritta e orale/pratica davanti ad una Commissione esaminatrice nominata dal Direttore Generale dell'Azienda che organizza il corso.

Ai candidati che avranno superato favorevolmente le prove di esame verrà rilasciato l'attestato di idoneità all'esercizio di attività di emergenza sanitaria territoriale.



ALLEGATO 11 – INTEGRAZIONE TRA AFT DELLA MEDICINA GENERALE E DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA E NELLA UCCP.

1. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna collaborano per sviluppare e integrare percorsi assistenziali condivisi, garantendo una continuità nell'assistenza dal livello generale a quello specialistico territoriale convenzionato diventando così rapporto preferenziale tra l'AFT della Medicina Generale e l'AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna.

   Questo include la gestione congiunta dei percorsi integrati nelle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), nelle Case della Comunità *hub* e *spoke*, negli Ospedali di Comunità, negli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e nelle sedi indicate dalle Aziende sanitarie e con l'ospedale e per le dimissioni protette.

2. I medici della AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna operano insieme per la gestione dei casi complessi, integrando le competenze specialistiche con quelle della medicina generale, in particolare all'interno delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) nelle Case della Comunità *hub* e *spoke*, negli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, negli Ospedali di Comunità consentendo un approccio multidisciplinare alla cura e alla presa in carico, fondamentale per pazienti con condizioni patologiche multiple o croniche.

3. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna collaborano per promuovere corretti stili di vita e migliorare la gestione delle malattie croniche attraverso programmi di prevenzione e educazione sanitaria congiunti.

4. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna partecipano congiuntamente a *audit* clinici e organizzativi, facilitando la condivisione di buone pratiche cliniche e la partecipazione a programmi di formazione e aggiornamento.

5. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna collaborano nell'implementazione e nell'applicazione delle linee guida e delle buone pratiche cliniche basate sulla *evidence based medicine.*

6. Nelle AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna sono inclusi psicologi convenzionati, i quali sono integrati nei percorsi assistenziali e di presa in carico attivati in ambito aziendale.

7. Nelle AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna sono inclusi biologi convenzionati per collaborare in ambiti che riguardano anche la consulenza nutrizionistica e degli stili di vita.

8. In linea con l'approccio *one health*, nelle AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna le Regioni possono includere i veterinari convenzionati per collaborare in ambiti che riguardano la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria.

9. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna collaborano in progetti di ricerca, condividendo risorse e competenze, per avanzare nella conoscenza e nell'applicazione delle migliori pratiche mediche.

10. Attraverso la collaborazione, le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna operano per migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, garantendo un'assistenza omogenea e di qualità su tutto il territorio.



11. Le AFT della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale Interna cooperano per sviluppare e promuovere modelli di comportamento integrati nelle funzioni di prevenzione, educazione, diagnosi, cura, e riabilitazione.
12. La valutazione delle performance delle AFT si può realizzare anche in modo congiunto, utilizzando indicatori definiti a livello aziendale, per misurare l'efficacia dell'integrazione e della collaborazione.

    Queste collaborazioni ed interazioni tra le AFT della Medicina Generale e quelle della Specialistica Ambulatoriale Interna mirano a creare un sistema sanitario più integrato, efficiente ed efficace, in grado di rispondere in modo complesso alle esigenze sanitarie dei cittadini.

24A03129



INTESA 4 aprile 2024.

Intesa, ai sensi dell'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'«Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2019-2021. (Rep. atti n. 52/CSR).

LA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'odierna seduta del 4 aprile 2024;

Visto decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, il quale all'art. 2-*nonies* dispone quanto segue: «Il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano previsto dall'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni. Tale accordo nazionale è reso esecutivo con intesa nella citata Conferenza permanente, di cui all'art. 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281»;

Visto l'accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (rep. atti n. 164/CSR);

Vista la nota del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 28 marzo 2024, acquisita con prot. DAR n. 5341 e diramata, in pari data, con nota prot. DAR n. 5388, con la quale, a seguito della sottoscrizione dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, avvenuta il 7 febbraio 2024, al fine di completare l'*iter* procedurale con il perfezionamento della prevista intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, ha trasmesso l'atto di indirizzo del Comitato di settore, la copia dell'ipotesi di ACN specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali (triennio 2019-2021), il parere favorevole del Comitato di settore Regioni-sanità espresso nella seduta del 7 marzo 2024 e la certificazione positiva della Corte dei conti del 27 marzo 2024;

Vista la nota del 4 aprile 2024, acquisita al prot. DAR n. 5603 e diramata, in pari data, con nota prot. DAR. n. 5608, con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze, nel rappresentare che non sussistono motivi ostativi al seguito dell'*iter*, ha inviato il parere reso dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, con alcune osservazioni;

Considerato che, nel corso della seduta del 4 aprile 2024 di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa sull'ipotesi di accordo in argomento;

Acquisito l'assenso del Governo;

Sancisce intesa:

sulla «Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2019-2021», che, allegata al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Roma, 4 aprile 2024

Il Presidente: CALDEROLI

Il segretario: D'AVENA





IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI – TRIENNIO 2019-2021

In data 7 febbraio 2024, alle ore 12:00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Marco Luca Caroli *firmato*

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

SUMAI *firmato*

FEDERAZIONE CISL MEDICI *firmato*

UIL FPL *firmato*

FESPA *firmato*



Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'art. 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto l'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito con modificazioni dalla Legge 26 maggio 2023, n. 56;

Visto il vigente Patto per la Salute;

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'art. 2-nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'articolo 1, commi 436, 437, 438 e 439 della Legge 30 dicembre 2018, n. 145;

Visto l'articolo 1, comma 127 della Legge 27 dicembre 2019, n. 160;

Visto l'articolo 1, comma 959 della Legge 30 dicembre 2020, n. 178;

Visto l'articolo 1 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto l'articolo 9-quater del Decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2015, n. 125;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2001;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il Decreto ministeriale 23 marzo 2000, n. 184;

Visto il Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77;

Visto il Decreto ministeriale 29 luglio 2022;

Visto il vigente Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale;

Visto il vigente Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR)

Visto il vigente Piano Nazionale della Prevenzione (PNP);



Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 49/CSR del 31 marzo 2020, "Intesa ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali – Triennio 2016-2018" e s.m.i.;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016 relativo al Piano Nazionale della Cronicità;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute";

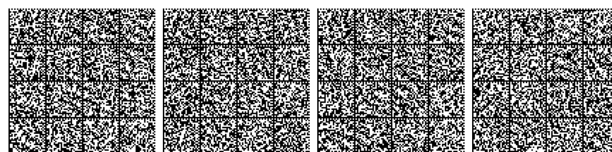
Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 215/CSR del 17 dicembre 2020, Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 181 sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.



INDICE





TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome (in seguito Regioni), le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dei medici specialisti ambulatoriali ed odontoiatri, dei medici veterinari, dei biologi, dei chimici, degli psicologi (in seguito organizzazioni sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, come disposto dall'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, operante nel quadro istituzionale definito dalla Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 di modifica del Titolo V della Costituzione, la quale ha affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato.
2. Di particolare rilievo risultano le disposizioni contenute nell'articolo 1 della Legge 8 novembre 2012, n. 189, con riferimento ai compiti assegnati alle Regioni (istituzione AFT e UCCP) e agli obblighi previsti per il personale convenzionato (inserimento nelle nuove forme organizzative e adesione al sistema informativo regionale e nazionale), nonché alle modifiche introdotte al testo dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.
3. Le Regioni e le Aziende rispettano le clausole del presente Accordo applicandone i principi negli Accordi decentrati al fine del miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'uniforme applicazione sull'intero territorio regionale e della tutela del rapporto individuale di lavoro con gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti convenzionati.
4. Nell'ottica di condividere il percorso sistematico delle innovazioni normative apportate dal Legislatore nell'ambito dei rapporti di lavoro del pubblico impiego, il presente Accordo si adegua e raccorda con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.
5. Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale precisa che la natura del collegamento tra AFT e UCCP è di tipo funzionale e che la UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto.

   In questa ottica l'ACN persegue gli indirizzi forniti dal Patto per la Salute, in particolare, per il processo di riordino dell'assistenza territoriale in integrazione con la specialistica ambulatoriale interna, per la presa in carico integrata degli assistiti e per gli obiettivi di sicurezza alimentare e sanità pubblica.



ART. 2 – CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO.

1. Il presente Accordo Collettivo Nazionale regola, ai sensi dell'articolo 8, comma 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia e sotto il profilo economico, giuridico ed organizzativo l'esercizio delle attività professionali tra i medici specialisti ambulatoriali interni ed odontoiatri (di seguito denominati specialisti ambulatoriali), medici veterinari (di seguito denominati veterinari) ed altre professionalità sanitarie – biologi, chimici, psicologi – ambulatoriali (di seguito denominati professionisti) e le Aziende (Azienda Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria, IRCCS pubblici e Istituti Zooprofilattici Sperimentali), per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN, dei compiti e delle attività relativi alle singole categorie.
2. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti esercitano un'attività convenzionale operante in regime di parasubordinazione nell'ambito dell'organizzazione del SSN per il perseguimento delle finalità dello stesso SSN.
3. Il presente Accordo, relativo al triennio 2019-2021, entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.



ART. 3 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1. L'Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del SSN, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarietà e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio:
   a) la definizione dei compiti, delle funzioni e dei relativi livelli di responsabilità del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
   b) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
   c) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (parte economica fissa);
   d) la definizione della parte variabile del compenso;
   e) la rappresentatività sindacale nazionale, regionale ed aziendale;
   f) la definizione di requisiti e criteri per l'accesso ed il mantenimento della convenzione.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo, incluso quanto previsto dall'articolo 41.

   Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali, in attuazione degli atti di programmazione regionale.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.
6. Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali clausole degli accordi regionali ed aziendali difformi rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile.
7. Le Aziende, nell'ambito dei propri poteri, per l'erogazione delle prestazioni specialistiche, si avvalgono degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti di cui al presente Accordo, e utilizzano interamente le ore di attività formalmente deliberate in sede aziendale nonché le risorse resesi disponibili garantendo, comunque, la partecipazione della componente specialistica ambulatoriale, della veterinaria e delle altre componenti professionali alla copertura delle espansioni di attività dell'area complessiva dell'assistenza specialistica, in relazione alle future esigenze, secondo regole e modalità della programmazione sanitaria



regionale, con la partecipazione della rappresentanza aziendale degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità di cui al presente Accordo. In applicazione delle procedure di cui all'articolo 20, comma 1 e seguenti le ore disponibili per cessazione, revoca o decadenza dell'attività sono assegnate dall'Azienda nella stessa branca/area professionale, o in branca/area professionale diversa, anche per le finalità di cui all'articolo 4.

Le Aziende, solo in caso di impossibilità di avvalersi di personale convenzionato di cui al presente Accordo già in servizio o in carenza di disponibilità di iscritti nelle graduatorie di cui al successivo articolo 19, possono procedere ai sensi dall'articolo 10 del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito con modificazioni dalla Legge 26 maggio 2023, n. 56.



ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE

1. La programmazione regionale finalizza gli AAIIRR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.).* Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione degli specialisti ambulatoriali e psicologi alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini. Per la realizzazione di percorsi clinico-assistenziali connessi a patologie nutrizionali e disturbi dell'alimentazione può essere prevista la partecipazione di biologi.

b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.)* . La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale, con vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio. Le Regioni definiscono il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e, ove necessario, nell'ambito degli AAIIRR prevedono l'inserimento della vaccinazione e delle relative attività collegate tra i compiti previsti per i medici specialisti ambulatoriali interni.

c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO.* L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso e l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei medici specialisti ambulatoriali interni, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e per quelle riferibili alla non corretta gestione della cronicità.

d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA.* Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la partecipazione degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previste dalle normative vigenti, promuovendo l'integrazione nelle reti territoriali degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio per garantire la continuità dell'assistenza.



e) *PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA ANTIMICROBICA (PNCAR) e PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP).* Il Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza analizza in tutti gli aspetti il fenomeno della AMR, un problema di notevole impatto che necessita di urgenti azioni di prevenzione e controllo, indica le azioni da intraprendere a livello nazionale, regionale e locale per contrastare il fenomeno in maniera efficace e promuove il coinvolgimento ed interventi coordinati dei diversi settori interessati. A tal fine è demandata agli Accordi Integrativi Regionali la modalità di partecipazione dei veterinari convenzionati al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento e rafforzamento del sistema di sorveglianza, di trasmissione dei dati tra i sistemi informativi coinvolti, di incremento dell'efficacia dei controlli in termini di farmacovigilanza nonché per l'attuazione delle azioni previste nel PNCAR e nel PNP ed il conseguimento dei risultati attesi.



ART. 5 – ARRETRATI ED INCREMENTI.

1. Preso atto delle disposizioni assunte dal Governo in materia finanziaria, come da atto di indirizzo pervenuto, le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per gli anni 2019 e 2020 e gli arretrati e gli incrementi a decorrere dal 1 gennaio 2021, per gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti (biologi, chimici, psicologi), da erogarsi secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

Specialisti ambulatoriali e veterinari – tempo indeterminato

TABELLA A1 – Arretrati 2019-2020

Anno	€/per ora
arretrati 2019	0,50
arretrati 2020	0,78

Professionisti (biologi, chimici, psicologi) – tempo indeterminato

TABELLA B1 – Arretrati 2019-2020

Anno	€/per ora
arretrati 2019	0,30
arretrati 2020	0,47

Specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti (biologi, chimici, psicologi) – tempo determinato ed incarico provvisorio

TABELLA C1 – Arretrati 2019-2020

Anno	€/per ora
arretrati 2019	0,71
arretrati 2020	1,10



Specialisti ambulatoriali e veterinari – tempo indeterminato

TABELLA A2 – Arretrati ed incrementi dal 1 gennaio 2021

Decorrenza	**€/per ora**	**Riferimento ACN**
Dal 1.1.2021	0,87	articolo 43, comma 1, lettera A, punto 1
Dal 1.1.2021	0,44	Fondo *ex* articolo 43, comma 1, lettera B, punto 8

Conseguentemente, a far data dal 1 gennaio 2021, il compenso orario di cui all'articolo 43, comma 1, lettera A, punto 1 è rideterminato in Euro 29,99 (ventinove/99).

Professionisti (biologi, chimici, psicologi) – tempo indeterminato

TABELLA B2 – Arretrati ed incrementi dal 1 gennaio 2021

Decorrenza	**€/per ora**	**Riferimento ACN**
Dal 1.1.2021	0,52	articolo 44, comma 1, lettera A, punto 1
Dal 1.1.2021	0,26	Fondo *ex* articolo 44, comma 1, lettera B, punto 7

Conseguentemente, a far data dal 1 gennaio 2021, il compenso orario di cui all'articolo 44, comma 1, lettera A, punto 1 è rideterminato in Euro 24,23 (ventiquattro/23).

Specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti (biologi, chimici, psicologi) – tempo determinato

TABELLA C2 – Arretrati ed incrementi dal 1 gennaio 2021

Decorrenza	**€/per ora**	**Riferimento ACN**
Dal 1.1.2021	2,07	articolo 49, comma 1

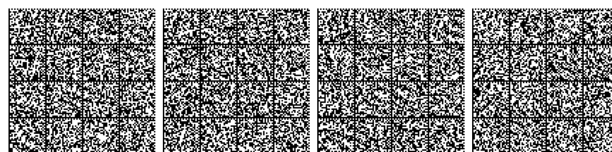
Conseguentemente, a far data dal 1 gennaio 2021, il compenso orario di cui all'articolo 49, comma 1, è rideterminato in Euro 42,03 (quarantadue/03).

2. Gli arretrati di cui alle tabelle A1, B1 e C1 del comma 1 e gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali di cui alle tabelle A2, B2 e C2 sono corrisposti agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari e ai professionisti (biologi, chimici, psicologi), inclusi i sostituti, per ogni ora di attività nell'anno di riferimento ed entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN.



ART. 6 – ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE (AFT E UCCP).

1. Gli specialisti ambulatoriali e i professionisti operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.
2. Le Regioni definiscono gli atti di programmazione inerenti le forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie), comunque denominate a livello regionale, prevedendone l'inserimento negli atti aziendali.
3. In un'ottica *one health,* le Regioni valutano la possibilità di integrare nelle AFT della specialistica ambulatoriale e nelle UCCP anche i veterinari di cui al presente Accordo per attività correlate alla prevenzione. In tal caso i veterinari interessati operano obbligatoriamente nelle nuove forme organizzative.



ART. 7 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AFT.

1. Le AFT di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189 sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione, tenuto conto della consistenza dell'offerta specialistica esistente nelle varie specialità e della potenziale domanda. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi.
2. La AFT di cui al presente Accordo contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP del Distretto.
3. L'organizzazione della AFT degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e dei professionisti prevede che i suoi componenti operino presso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le UCCP, le sedi delle AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta o altre sedi indicate dall'Azienda.
4. I compiti essenziali della AFT sono:
   a) assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
   b) partecipare alla realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, ivi compresi i percorsi assistenziali, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
   c) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione e migliorare la gestione delle malattie croniche;
   d) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
   e) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della *evidence based medicine*, nell'ottica più ampia della *clinical governance*;
   f) partecipare alla diffusione dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di *peer review*;
   g) partecipare alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia;
   h) garantire in un'ottica di *one health* il raggiungimento degli obiettivi di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, qualora ai sensi dell'articolo 6, comma 3 sia disposta l'integrazione nella AFT dei veterinari di cui al presente Accordo.
5. La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo aziendale, attraverso:
   a) il concorso alla realizzazione degli obiettivi distrettuali/aziendali;
   b) il processo di valutazione congiunta dei risultati ottenuti e la socializzazione dei medesimi anche attraverso *audit* clinici ed organizzativi;



c) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;

d) il pieno raccordo con le UCCP di riferimento, alle quali la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il *team/équipe* multi-professionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

6. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e dei professionisti delle AFT con il personale operante nelle UCCP. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti in sede aziendale, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei componenti della stessa AFT.

7. Le Regioni possono integrare compiti, funzioni ed obiettivi delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico, con possibilità di articolare le AFT sulla base di specifici percorsi assistenziali e/o su base territoriale.

8. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale, sentite le OO.SS., sulla base della programmazione regionale.



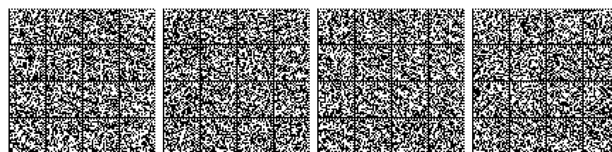
ART. 8 – IL REFERENTE DI AFT.

1. Dalla istituzione della AFT il coordinatore distrettuale di cui all'articolo 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni è sostituito dal referente di AFT, senza nuovi ed ulteriori oneri a carico dell'Azienda. Con la medesima decorrenza il coordinatore aziendale, qualora previsto da norme regionali, è sostituito dal referente di AFT, senza nuovi ed ulteriori oneri a carico dell'Azienda. Tali sostituzioni vengono effettuate secondo modalità definite a livello regionale.
2. Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e i professionisti componenti la AFT un referente ed il suo sostituto, scelti all'interno di una rosa di nomi, composta da almeno 3 candidati, proposta dagli stessi componenti la AFT. I nominativi proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni, rinnovabile, e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere; devono, inoltre, poter documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la responsabilità di branca, ed aver acquisito su tali temi almeno 1/3 dei crediti ECM previsti dalla normativa vigente per il triennio precedente.
3. Il referente assicura il coordinamento organizzativo e la integrazione professionale dei componenti della AFT, nonché l'integrazione tra questi, i medici ed altro personale dell'Azienda, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi anche con i responsabili di branca, ove presenti. Tra i referenti di AFT sono individuati dall'Azienda il componente che partecipa all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e l'eventuale componente del Collegio di Direzione.
4. Il referente è inoltre responsabile, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali e con le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta e con le UCCP.
5. Il referente garantisce la coerenza tra i programmi della AFT e gli obiettivi della struttura organizzativa aziendale di riferimento, esercita inoltre il coordinamento di tutte le AFT aziendali qualora previsto dalla Azienda.
6. Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, valuta annualmente il referente di AFT in relazione al conseguimento dei risultati di cui all'articolo 7, comma 6 del presente Accordo e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.
7. L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 7, comma 8 del presente Accordo.
8. Al referente di AFT è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata a tale funzione, il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dai fondi di cui all'articolo 43, lettera B, comma 7 e all'articolo 44, lettera B, comma 6.



ART. 9 – PARTECIPAZIONE ALLA UCCP.

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute complessi.
2. La UCCP garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria e, ove previsto ai sensi dell'articolo 6, comma 3, dei veterinari.
3. La partecipazione degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e dei professionisti alle attività della UCCP è obbligatoria ed è regolata dalla programmazione regionale.
4. Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 ed i professionisti operanti all'interno della UCCP devono impegnarsi nello svolgimento dei seguenti compiti:
   a) assicurare l'accesso degli assistiti ai servizi della UCCP in integrazione con il *team* multi-professionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
   b) garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi, di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello;
   c) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
   d) garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza e i servizi socio-sanitari.
5. La UCCP realizza i compiti di cui al precedente comma attraverso:
   a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
   b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
   c) la programmazione di *audit* clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.
6. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dagli specialisti ambulatoriali, dai veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e dai professionisti all'interno della UCCP costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda



Sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera UCCP, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 modificato dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.



ART. 10 – IL COORDINATORE DI UCCP.

1. Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 o i professionisti operanti nell'ambito della stessa la procedura di designazione del coordinatore dovrà seguire analoghi criteri e modalità già previsti nella designazione del referente di AFT.
2. Il coordinatore deve essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per almeno tre anni. L'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza; il candidato deve inoltre aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la responsabilità di branca.
3. Al coordinatore di UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:
   a) organizzazione dei percorsi assistenziali, coordinamento organizzativo e dell'attività clinica;
   b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
   c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
   d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di *budget* assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.
4. Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, valuta annualmente i risultati del coordinatore di UCCP e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.



ART. 11 – DEBITO INFORMATIVO.

1. Per l'espletamento dell'attività istituzionale gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti si avvalgono degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda Sanitaria.
2. Lo specialista ambulatoriale e il professionista assolvono al debito informativo sanitario di competenza, mediante sistemi che consentano l'interfaccia tra tutti gli operatori interessati, ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
   a) flusso informativo definito dalla Regione;
   b) sistema informativo nazionale (NSIS);
   c) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
   d) fascicolo sanitario elettronico (FSE);
   e) certificazione telematica della malattia.
3. Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti assolvono agli obblighi informativi sanitari derivanti da provvedimenti comunitari, nazionali, regionali e aziendali. I veterinari sono tenuti altresì a corrispondere agli specifici flussi informativi definiti dal Ministero della Salute e dalla Regione.
4. L'inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera c), documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo dello specialista ambulatoriale in misura pari al 1,15% su base annua. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda Sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità dello specialista ambulatoriale.
5. Le comunicazioni tra Azienda Sanitaria e specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.
6. Al fine di rendere maggiormente trasparente il servizio svolto per il SSN dagli specialisti ambulatoriali, dai veterinari e dagli altri professionisti, le Aziende ai sensi del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 rendono pubblico il numero degli incarichi per branca specialistica/area professionale e le relative ore di attività svolta ai sensi del presente Accordo.



ART. 12 – TAVOLO DI CONSULTAZIONE NAZIONALE.

1. Al fine della valutazione del processo di applicazione del presente ACN e di quanto previsto dagli Accordi Integrativi Regionali conseguenti al medesimo, nonché al fine di documentare il grado di convergenza/divergenza verso l'obiettivo della uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza, le Regioni e le Aziende sanitarie trasmettono il testo degli accordi decentrati (AIR – Accordo Integrativo Regionale e AAA – Accordo Attuativo Aziendale), nonché le informazioni che la SISAC si incarica di definire e di raccogliere periodicamente per via informatica.
2. Tali informazioni riguardano, tra gli altri, i seguenti aspetti:
   a) assetto organizzativo dei servizi territoriali;
   b) principali attività degli stessi servizi;
   c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione;
   d) monitoraggio degli Accordi Integrativi Regionali.
3. La SISAC si impegna a rendere noti periodicamente i risultati di questa attività di monitoraggio.
4. La SISAC attiva un tavolo di consultazione nazionale con le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, che si riunisce almeno una volta l'anno, anche su richiesta delle stesse, al fine di operare un confronto sulle informazioni di cui al comma 2. In tale sede possono essere discusse iniziative volte a favorire la conciliazione vita-lavoro delle lavoratrici di cui al presente Accordo. Dal confronto possono emergere proposte condivise, anche per quanto concerne l'adeguamento dei titoli professionali, per le quali la SISAC può farsi promotrice presso gli Organi preposti in sede di rinnovo contrattuale.



CAPO II – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

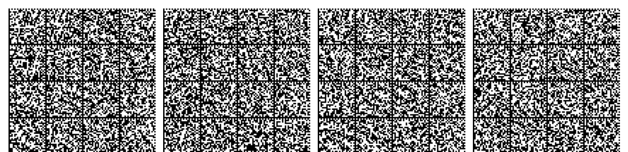
ART. 13 – RAPPRESENTANZA SINDACALE.

1. Ciascuna organizzazione sindacale, anche nell'interesse dei propri iscritti, deve essere effettiva, unica e diretta titolare delle deleghe espresse dagli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti nonché unica e diretta destinataria delle relative quote associative. Ai fini dell'accertamento della rappresentatività non sono riconosciute valide le organizzazioni sindacali costituite mediante fusione, affiliazione, o in altra forma e che non risultino effettive titolari delle deleghe.
2. Il rappresentante legale provvede al deposito presso la SISAC dell'atto costitutivo e dello statuto della propria organizzazione sindacale, da cui risulti la titolarità in proprio delle deleghe di cui al comma 1. Ogni successiva variazione deve essere comunicata alla SISAC entro tre mesi.
3. Ciascuna organizzazione sindacale è misurata sulla base delle deleghe di cui è unicamente e direttamente titolare ed intestataria ai sensi del comma 1.
4. I dirigenti sindacali rappresentano solo ed esclusivamente un'unica organizzazione sindacale e non possono essere dirigenti di altre organizzazioni sindacali.



ART. 14 – RAPPRESENTATIVITÀ.

1. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo sindacale alle singole Aziende dagli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti convenzionati titolari di incarico a tempo indeterminato, determinato e provvisorio. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno. Le Aziende provvedono alla trattenuta delle quote sindacali, in ottemperanza all'articolo 8, comma 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni ed in ossequio alle previsioni dell'articolo 43 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e del precedente articolo 13, esclusivamente sulla base della delega rilasciata dall'iscritto.
2. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le organizzazioni sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Le organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.
5. I rappresentanti sindacali di cui all'articolo 13, comma 4, devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti, la composizione numerica delle quali è definita, rispettivamente, dalla Regione e dalle Aziende prima dell'avvio della negoziazione. L'Accordo Collettivo Nazionale e gli accordi decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati da organizzazioni sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno degli iscritti. Le delegazioni trattanti, parte pubblica e parte sindacale, effettuano il monitoraggio degli accordi decentrati.
6. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC, che certifica la consistenza associativa e la comunica entro il 31 ottobre, e comunque non oltre il 31 dicembre, di ogni anno alle organizzazioni sindacali. Entro il mese di febbraio di ciascun anno le Aziende comunicano alla SISAC e all'Assessorato regionale alla Sanità la consistenza associativa risultante alla data del 1° gennaio di ogni anno.
7. In tutti i casi in cui occorra applicare il criterio della consistenza associativa si fa riferimento alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente. Per le trattative disciplinate dall'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative, indipendentemente dalla durata delle stesse.
8. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le deleghe connesse a trattenuta di importo superiore alla metà del valore medio di settore. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.



ART. 15 – TUTELA SINDACALE.

1. Per lo svolgimento durante l'attività di servizio dell'attività sindacale debitamente comunicata da parte dei rappresentanti nazionali, regionali ed aziendali, a ciascun sindacato maggiormente rappresentativo e firmatario del presente Accordo viene riconosciuta la disponibilità di 3 (tre) ore annue per ogni iscritto rilevato al 1° gennaio dell'anno precedente.
2. La segreteria nazionale del sindacato comunica alla SISAC, entro e non oltre il 31 ottobre di ciascun anno, i nominativi dei propri rappresentanti, l'Azienda di appartenenza e le ore assegnate nei limiti di cui al comma precedente. Entro il 31 dicembre, la SISAC trasmette alle Regioni le comunicazioni di competenza. Ogni eventuale variazione in corso d'anno deve essere tempestivamente comunicata alla SISAC da parte del sindacato interessato.
3. Non può darsi seguito ad alcuna assegnazione di ore in assenza di riscontro ufficiale della SISAC alla Regione di appartenenza del rappresentante sindacale.
4. Le ore retribuite di cui al comma 1 sono calcolate, per gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti che ne usufruiscono, come attività di servizio ed hanno piena validità per tutti gli aspetti sia normativi che economici del presente ACN, nel limite delle ore di incarico settimanale. Le assenze dal servizio per attività sindacale sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera e non producono effetto ai fini delle statistiche annuali di produttività.



ART. 16 – PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI.

1. Agli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti convenzionati sono corrisposti tutti gli emolumenti e i contributi relativi all'orario di servizio per la partecipazione alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo o per la partecipazione a organismi previsti da norme nazionali e regionali e provvedimenti aziendali.
2. Le attività di cui al comma precedente devono essere debitamente comprovate da attestazioni ufficiali.
3. Le assenze dal servizio per le attività di cui al comma 1 sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera e non producono effetto ai fini delle statistiche annuali di produttività.



CAPO III – COMITATI PARITETICI

ART. 17 – COMITATO REGIONALE.

1. In ciascuna Regione è istituito un Comitato paritetico composto da:
   a) quattro rappresentanti delle Aziende individuati dalla Regione;
   b) cinque rappresentanti degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti di cui al presente Accordo, operanti nella Regione, individuati dalle organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo e dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale. Il numero dei componenti è attribuito in rapporto direttamente proporzionale alle deleghe per la ritenuta sindacale rilasciate in favore di ciascuna organizzazione sindacale. I quozienti frazionali derivanti dal calcolo del rapporto proporzionale sono arrotondati all'unità più vicina. Esperite le procedure sopra indicate, l'eventuale componente ancora da assegnare è attribuito alla organizzazione sindacale con il maggior numero di deleghe. Ciascuna organizzazione sindacale non può designare più di quattro componenti; tuttavia, in caso di assenza di altre organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale, la totalità dei componenti è assegnata all'organizzazione sindacale presente. Le modalità di calcolo sono esplicitate sul sito www.sisac.info;
   c) oltre ai titolari, sono individuati, con le stesse modalità, altrettanti membri supplenti i quali subentrano in caso di assenza di uno o più titolari.
2. L'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato integra la parte pubblica di cui al comma 1, lettera a) e presiede il Comitato.
3. La composizione, l'attività e le funzioni del Comitato sono definite a livello regionale. Non competono al Comitato la trattativa e la definizione degli Accordi Integrativi Regionali.
4. L'attività del Comitato è principalmente diretta a:
   a) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale, sulla base del monitoraggio del monte ore e del suo pieno utilizzo di cui all'articolo 3, comma 7;
   b) fornire indirizzi alle Aziende ed ai Comitati zonali per l'uniforme applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale;
   c) attuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali;
   d) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;
   e) avanzare proposte in materia di organizzazione del lavoro, semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche, obiettivi e progetti di prioritario interesse.
5. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare periodicamente, almeno due volte l'anno, anche su richiesta di una delle parti, lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale. Il Comitato regionale rimane confermato sino all'insediamento del nuovo Comitato, che deve essere effettuato entro 3 (tre) mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.
6. A richiesta dei sindacati firmatari degli accordi regionali è garantita una costante informazione e consultazione sugli atti di interesse e rilevanza specifica per l'attività specialistica ambulatoriale.
7. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno, corredati della relativa documentazione.



ART. 18 – COMITATO ZONALE.

1. In ogni ambito provinciale o ambito diverso definito dalla programmazione regionale, è costituito un Comitato zonale paritetico composto da rappresentanti dell'Azienda/e e rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale e dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato localmente.

2. I rappresentanti sindacali sono individuati tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari, i professionisti operanti nelle Aziende afferenti al Comitato dai sindacati di cui al comma precedente in numero pari a cinque. Il numero dei componenti è attribuito in rapporto direttamente proporzionale alle deleghe per la ritenuta sindacale rilasciate in favore di ciascuna organizzazione sindacale. I quozienti frazionali derivanti dal calcolo del rapporto proporzionale sono arrotondati all'unità più vicina. Esperite le procedure sopra indicate, l'eventuale componente ancora da assegnare è attribuito alla organizzazione sindacale con il maggior numero di deleghe. Ciascuna organizzazione sindacale non può designare più di quattro componenti; tuttavia, in caso di assenza di altre organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale dotate di un terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale, la totalità dei componenti è assegnata all'organizzazione sindacale presente. Le modalità di calcolo sono esplicitate sul sito www.sisac.info.

   I rappresentanti aziendali sono individuati in ugual numero.

   Oltre ai titolari, sono individuati altrettanti membri supplenti i quali subentrano in caso di assenza di uno o più titolari.

3. Il Direttore Generale dell'Azienda sede del Comitato o suo delegato è rappresentante di diritto della parte pubblica di cui al comma 2 e presiede il Comitato stesso.

4. L'attività e le modalità generali di funzionamento del Comitato sono definite a livello regionale. Non competono al Comitato la trattativa e la definizione degli Accordi Attuativi Aziendali.

5. L'attività del Comitato, riferita a tutte le Aziende di pertinenza, è principalmente orientata a:

   a) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale nonché in merito agli adempimenti amministrativi connessi alla instaurazione e gestione unitaria del rapporto di lavoro;

   b) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;

   c) monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP per le attività di competenza;

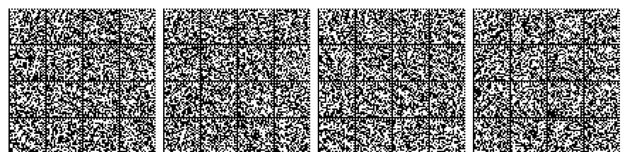
   d) collaborare alla valutazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche;

   e) proporre soluzioni e percorsi di semplificazione dell'accesso alla specialistica, per la corretta gestione delle liste d'attesa ed il contenimento dei tempi di effettuazione delle prestazioni;

   f) proporre programmi di deospedalizzazione, dimissioni protette, percorsi integrati con l'assistenza primaria ed ospedaliera;

   g) svolgere attività di promozione e sviluppo dell'assistenza specialistica ambulatoriale;

   h) definire le procedure ed individuare i componenti della commissione tecnica aziendale di cui all'articolo 21, comma 4;



i) esprimere pareri in merito alle procedure di cui all'articolo 30, comma 3 e all'articolo 31, comma 3.

6. Il Comitato svolge funzioni consultive a richiesta del Direttore Generale dell'Azienda sede del Comitato o di una delle Aziende ad esso afferenti.
7. Il Comitato ha sede presso l'Azienda individuata dalla programmazione regionale, la quale fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento dell'attività del Comitato.
8. Gli atti e tutta la documentazione già depositati presso i Comitati zonali sono in carico all'Azienda di riferimento territoriale, la quale, oltre ai compiti di cui all'articolo 19 commi 12 e 13, garantisce la continuità e la conservazione delle informazioni e dei dati, ivi compresi quelli relativi agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari ed ai professionisti, necessari a consentire, tra l'altro, il calcolo del premio di operosità e la elaborazione per gli Enti previdenziali del certificato storico di servizio.
9. Su richiesta di una delle parti sono effettuati incontri a livello di Azienda, con la eventuale partecipazione anche di altre categorie dei medici impegnati nell'area delle attività ambulatoriali extra-degenza, per lo scambio di informazioni sul funzionamento dell'attività ambulatoriale e per la formulazione di proposte idonee a rimuovere eventuali disfunzioni concordemente rilevate.
10. A richiesta dei sindacati firmatari degli accordi aziendali è garantita una costante informazione e consultazione sugli atti di interesse e rilevanza specifica per l'attività specialistica ambulatoriale.
11. Il Comitato si riunisce periodicamente almeno una volta al mese e in tutti i casi di richiesta di una delle parti e rimane confermato sino all'insediamento del nuovo Comitato, che deve essere effettuato entro 3 (tre) mesi dall'entrata in vigore dell'AIR, in attuazione del presente ACN.
12. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno, corredati della relativa documentazione.



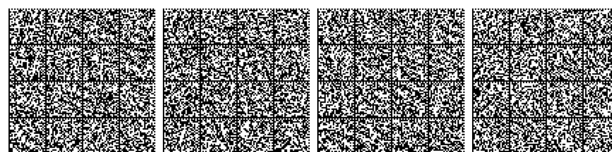
CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

ART. 19 – REQUISITI, DOMANDE, GRADUATORIE E COMPITI DELL'AZIENDA SEDE DEL COMITATO ZONALE.

1. Lo specialista, il veterinario o il professionista che aspiri a svolgere la propria attività nell'ambito delle strutture del SSN di cui all'articolo 2, comma 1, deve inoltrare apposita domanda entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno, a mezzo di procedura telematica al competente ufficio dell'Azienda ove ha sede il Comitato zonale di riferimento nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico ovvero al competente ufficio dell'Azienda delegata ai sensi del successivo comma 2. Sono fatte salve diverse determinazioni definite dalla Regione relativamente alle modalità di trasmissione ai moduli di domanda, alle modalità di comunicazione agli interessati.
2. La Regione, sentito il parere del Comitato regionale, per semplificazione burocratica e riduzione di spese amministrative ed impiego di personale, può individuare ed assegnare ad una o più Aziende l'espletamento della procedura prevista dal presente articolo.
3. La domanda, in bollo, deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, atte a provare il possesso dei titoli professionali, conseguiti fino al 31 dicembre dell'anno precedente, elencati nella dichiarazione stessa.
4. Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 27, comma 1, lettere h) e l) e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti:
   a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
   b) iscrizione all'Albo professionale;
   c) diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica/magistrale della classe corrispondente;
   d) diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2.

      Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

      La certificazione regionale attestante quanto previsto dall'articolo 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145 e s.m.i. è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative, sulla base dei requisiti previsti dal Decreto del Ministero della Salute 30 giugno 2021.



Ai sensi dell'art. 15-ter del D.L. 30 marzo 2023, n. 34 convertito con la L. 26 maggio 2023, n. 56, l'iscrizione in graduatoria è consentita ai laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri e ai laureati in odontoiatria e protesi dentaria.

5. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato 1. Nella medesima domanda può essere previsto che l'interessato esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie di disponibilità di cui al successivo comma 12 e ad accedere alla procedura di ricambio generazionale di cui all'articolo 54 del presente Accordo.

6. Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nelle graduatorie per la medesima branca specialistica o area in cui già operano.

7. L'Azienda sede del Comitato zonale di riferimento provvede alla formazione di una graduatoria per titoli, con validità annuale:

   - per ciascuna branca specialistica, secondo i criteri di cui all'allegato 1, relativamente agli specialisti ambulatoriali ed ai veterinari;

   - per ciascuna categoria professionale, secondo i criteri di cui all'allegato 1, per gli altri professionisti.

8. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Azienda sede del Comitato zonale.

9. Entro 15 giorni dalla pubblicazione gli interessati possono presentare all'Azienda Sanitaria sede del Comitato zonale istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria.

10. Le graduatorie definitive sono approvate dal Direttore Generale dell'Azienda sede del Comitato zonale e inviate alla Regione che ne cura la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 31 dicembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Azienda sede del Comitato costituisce notificazione ufficiale.

11. Le graduatorie hanno validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

12. L'Azienda sede del Comitato zonale di riferimento pubblica sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie di specialisti, veterinari e professionisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

    a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l'ordine di punteggio;

    b) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

    Le graduatorie di disponibilità sono rese pubbliche sul sito istituzionale dell'Azienda sede del Comitato zonale di riferimento.

13. L'Azienda sede del Comitato zonale di riferimento svolge i seguenti compiti:

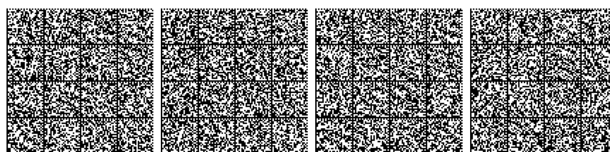
    a) gestione unitaria del rapporto relativamente agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari e ai professionisti che operano presso più Aziende dello stesso ambito zonale, o presso le istituzioni di cui alla dichiarazione a verbale n. 1 del presente Accordo, nonché tenuta ed



aggiornamento di un apposito schedario dei singoli incaricati presso le singole Aziende con l'indicazione dei giorni e dell'orario di attività in ciascun presidio, delle date di conferimento dell'incarico e delle variazioni di ore, delle attività rilevanti ai fini della determinazione dei massimali orari di cui all'articolo 28, del sopravvenire di motivi di incompatibilità di cui all'articolo 27, della certificazione dello stato di servizio dei sanitari, nonché di ogni altra attività prevista dal presente Accordo;

b) evidenziazione ed aggiornamento delle posizioni degli specialisti ambulatoriali, veterinari ed altri professionisti, sia incaricati che in graduatoria, ai fini dell'accertamento delle incompatibilità e delle limitazioni previste dalle vigenti norme, nonché del possesso dei titoli e requisiti previsti dalle stesse; verifica della certificazione di compatibilità con gli orari di servizio rilasciata dalle istituzioni pubbliche e private, presso cui il sanitario presta servizio al momento in cui nei confronti del sanitario stesso deve essere conferito un nuovo incarico o deve essere dato un aumento di orario di attività dell'incarico in atto svolto;

c) a seguito delle procedure di cui all'articolo 21, comunica all'Azienda interessata il nome dello specialista, veterinario o professionista avente diritto all'attribuzione dell'incarico.



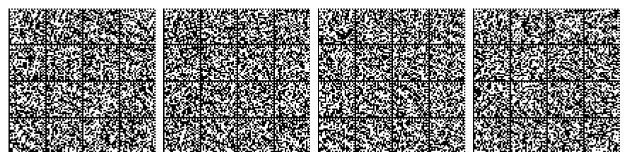
ART. 20 – ASSEGNAZIONE DI ORE DISPONIBILI. MOBILITÀ.

1. L'Azienda, prima di dare attuazione a quanto disposto al successivo comma 2, dà seguito alla procedura di mobilità al proprio interno (mobilità intraziendale). Le domande devono essere presentate dal 1 al 31 gennaio di ciascun anno dagli specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti, che abbiano maturato, entro tale termine, un'anzianità di incarico di almeno 18 mesi nella sede di provenienza, con l'indicazione della sede presso cui intendono trasferirsi. L'Azienda valuta ed accoglie le richieste con prelazione di scelta per chi ha maggior anzianità di incarico nella stessa, in subordine il maggior numero di ore di incarico ed infine la maggiore età.
2. Successivamente, l'Azienda verifica la possibilità di completare (per il raggiungimento del massimale orario di 38 ore settimanali), anche durante il periodo di prova, l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca o area professionale.
3. L'istituto di cui al comma precedente è possibile anche per gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato a 38 ore settimanali, suddivise in più Aziende, che richiedano di accentrare l'incarico in un'unica Azienda rinunciando alle ore eccedenti rispetto a quelle acquisite nell'Azienda di destinazione. Le Aziende interessate concordano la decorrenza contestuale dei rispettivi provvedimenti. Sono conservati gli eventuali ulteriori incarichi detenuti dall'interessato non rientranti nella procedura. È consentito l'accentramento al titolare che abbia maturato un'anzianità di incarico di almeno 18 (diciotto) mesi in ciascuna Azienda di provenienza.
4. Le ore disponibili di cui ai commi 2 e 3 sono assegnate, anche mediante frazionamento, con priorità ai titolari con maggiore anzianità di incarico nella Azienda che attiva le procedure; in caso di parità di anzianità prevale il maggior numero di ore di incarico, in subordine l'anzianità di specializzazione ed infine la minore età. L'Azienda rende nota tale disponibilità sul proprio sito istituzionale.
5. Allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista che rinunci al completamento di cui al comma 2, offerto nell'ambito provinciale in cui opera, è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni successivi di pubblicazione, secondo le cadenze di cui all'articolo 21, comma 1, e di percepire l'indennità di cui all'articolo 45 fino all'accettazione di ampliamento orario ai sensi del presente articolo o ad una successiva assegnazione ai sensi dell'articolo 21. La disposizione del presente comma non si applica in caso di accentramento dell'attività in un'unica Azienda di cui al comma 3.
6. L'Azienda verifica la possibilità di completamento ed accentramento orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti titolari a tempo indeterminato valutati idonei da parte della commissione tecnica aziendale prevista dall'articolo 21, comma 4, o di coloro che già esercitino gli stessi compiti e funzioni nell'Azienda qualora si rendano disponibili ore in precedenza conferite previa valutazione del possesso delle stesse specifiche competenze professionali, ovvero nuove ore attivate dall'Azienda con le medesime caratteristiche.
7. La mancata accettazione del provvedimento dell'Azienda relativo all'accentramento di cui al comma 3, nonché alle procedure di trasferimento di cui al successivo articolo 21, comporta la decadenza dall'incarico nell'Azienda di provenienza e non ne consente il ripristino.
8. Le procedure del presente articolo si riferiscono alle ore già disponibili ed a quelle che si rendono disponibili in corso d'anno; in quest'ultimo caso l'incarico decorre dalla data di effettiva disponibilità delle ore.



ART. 21 – PUBBLICAZIONE ED ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO.

1. Espletate le procedure di cui all'articolo 20, i provvedimenti adottati dalle Aziende per l'attivazione di nuovi incarichi, per l'ampliamento di quelli in atto e per la copertura di quelli resisi disponibili, vengono pubblicati dalla Azienda sede del Comitato zonale di riferimento sull'albo o sul sito aziendale nei mesi di marzo, giugno, settembre e dicembre dal giorno 1 al giorno 15 dello stesso mese.
2. Gli specialisti, i veterinari ed i professionisti aspiranti all'incarico devono comunicare, secondo le modalità indicate nell'avviso, durante il periodo di pubblicazione degli incarichi di cui al precedente comma 1, la propria disponibilità all'Azienda sede del Comitato zonale di riferimento, la quale individua, entro i 20 giorni successivi alla scadenza del termine, l'avente diritto secondo l'ordine di priorità di cui al successivo comma 6.
3. La pubblicazione degli incarichi ai sensi del comma 1 non può essere revocata e gli incarichi non sono frazionabili in sede di assegnazione.
4. Qualora la pubblicazione degli incarichi inerenti una branca specialistica o area professionale, di cui al presente Accordo, contenga la richiesta di possesso di specifiche competenze professionali motivate da concrete esigenze assistenziali, la scelta dello specialista ambulatoriale, del veterinario o del professionista avviene previa valutazione da parte di una commissione tecnica aziendale, nominata dall'Azienda, prioritariamente composta da tre specialisti, veterinari o professionisti della medesima branca/area professionale designati dal Comitato zonale, che definisce altresì le procedure ed individua il componente con funzioni di Presidente. L'Azienda assegna gli incarichi ai candidati ritenuti idonei dalla commissione secondo l'ordine di priorità previsto al successivo comma 6.
5. In sede di pubblicazione degli incarichi di psicologia e di psicoterapia, le Aziende devono specificare se gli stessi sono destinati a medici o psicologi.
6. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca specialistica o area professionale con rapporto di lavoro convenzionato unico a tutti gli effetti, instaurato con una o più Aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione. Le ore di attività sono ricoperte attraverso trasferimento, conferimento di nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse. Per l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato l'avente diritto è individuato attraverso il seguente ordine di priorità:
   a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio;



b) titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lettera b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'articolo 51;

c) titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL, INPS e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

d) specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

e) specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

f) titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 28, comma 1;

g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo);

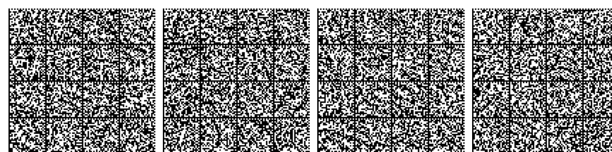
h) specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalle graduatorie e l'impossibilità di concorrere all'assegnazione di incarichi ai sensi della presente lettera;

i) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19;

j) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari partecipano esclusivamente ai sensi della presente lettera, devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale.

7. Ai fini delle procedure di cui al precedente comma, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i), l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, all'anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

8. L'Azienda di cui al comma 2, dopo aver esperito inutilmente le procedure osservando tutte le priorità di cui al comma 6, può proporre l'incarico anche a specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato in Regioni non confinanti, nel limite di quanto previsto all'articolo 28, comma 1 del presente Accordo, graduandoli secondo la maggiore anzianità di incarico. L'Azienda predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti gli interessati.

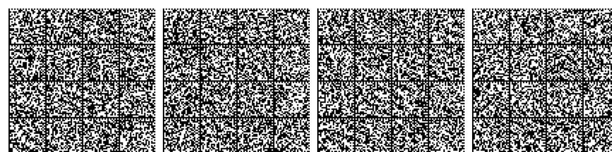


9. In ogni caso, allo specialista ambulatoriale, al veterinario o al professionista, disponibile ad assumere l'incarico di cui al presente articolo è consentito il trasferimento qualora abbia maturato un'anzianità, nell'incarico in atto, di almeno 18 mesi alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità. Il trasferimento non comporta soluzione di continuità nell'incarico.

10. Lo specialista, il veterinario o il professionista in posizione di priorità deve comunicare l'accettazione/rinuncia all'incarico entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione da parte della Azienda. Alla dichiarazione di disponibilità dovrà essere allegata, pena l'esclusione dall'incarico, l'autocertificazione informativa appositamente predisposta dalla Azienda.

    La formalizzazione dell'incarico, con indicazione della sede e dell'orario di attività, deve avvenire entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione. Le Regioni possono definire diverse procedure, tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento dell'incarico.

11. L'incarico conferito a tempo indeterminato ai sensi del comma 6, lettere h) e i) è confermato, previo superamento di un periodo di prova della durata di sei mesi.



ART. 22 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO.

1. Le Aziende, per esigenze straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, da specificare in sede di pubblicazione, secondo le cadenze indicate all'articolo 21, comma 1, possono conferire un incarico a tempo determinato per un periodo non superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta. L'incarico e il successivo rinnovo non possono comunque superare i 12 (dodici) mesi continuativi. Gli aspiranti all'incarico devono comunicare la propria disponibilità secondo i termini e le modalità di cui all'articolo 21, comma 2.
2. L'incarico di cui al comma 1 è conferito allo specialista, veterinario o professionista secondo la graduatoria di cui all'articolo 19, comma 10 in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi.
3. In caso di indisponibilità di specialisti, veterinari o professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19, comma 10, l'Azienda può utilizzare quelle di cui al comma 12 e, in subordine, può conferire l'incarico agli specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19 che abbiano comunicato la propria disponibilità, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione ed infine dell'anzianità di laurea.
4. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista incaricato a tempo determinato compete lo specifico trattamento economico di cui all'articolo 49.
5. Gli incarichi a tempo determinato non possono essere convertiti a tempo indeterminato.



ART. 23 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI PROVVISORI.

1. L'Azienda, esclusivamente per gli incarichi pubblicati ai sensi dell'articolo 21 ed in attesa del conferimento degli stessi secondo le procedure di cui al medesimo articolo, può conferire incarichi provvisori, secondo l'ordine delle graduatorie di cui all'articolo 19, comma 10 e successivamente quelle di cui al comma 12, ad uno specialista, veterinario o professionista disponibile. In subordine, l'Azienda può conferire l'incarico agli specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19 che abbiano comunicato la propria disponibilità, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione ed infine dell'anzianità di laurea. Qualora la procedura non abbia dato esito positivo e non sia stato individuato il titolare, l'Azienda può ricorrere all'istituto di cui all'articolo 29, comma 5, e provvede comunque a pubblicare l'incarico con le stesse cadenze di cui all'articolo 21. L'incarico provvisorio non può avere durata superiore a sei mesi, eventualmente rinnovabile una sola volta allo stesso sanitario per altri sei mesi e cessa in ogni caso con la nomina del titolare.
2. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista incaricato in via provvisoria, per le relative ore di incarico, compete lo specifico trattamento economico di cui all'articolo 49, commi 8 e 9.



ART. 24 – COMPITI E FUNZIONI DELLO SPECIALISTA AMBULATORIALE.

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, lo specialista ambulatoriale espleta le seguenti funzioni:
   - assume il governo del processo assistenziale specialistico relativo a ciascun paziente in carico, tenuto conto dei compiti previsti dal presente Accordo;
   - si fa parte attiva della continuità dell'assistenza;
   - attraverso le sue scelte diagnostiche, terapeutiche e assistenziali persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.
2. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, lo specialista ambulatoriale svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di specialisti ambulatoriali, di veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e di professionisti (AFT) e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie (UCCP).
3. Per ciascun paziente lo specialista ambulatoriale raccoglie, rende disponibili all'Azienda sanitaria e aggiorna le informazioni previste dall'articolo 11 del presente Accordo.
4. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo costituiscono responsabilità individuali dello specialista ambulatoriale e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.
5. Lo specialista ambulatoriale incaricato ai sensi del presente Accordo concorre ad assicurare l'assistenza primaria unitamente agli altri operatori sanitari, svolge le attività specialistiche di competenza, partecipa alla gestione integrata delle patologie croniche ed alla attività di assistenza domiciliare integrata e nelle strutture residenziali.
6. Lo specialista ambulatoriale partecipa ad uffici, organi collegiali ed altri organismi previsti da disposizioni di legge e/o dall'atto aziendale.
7. Le prestazioni dello specialista ambulatoriale riguardano tutti gli atti e gli interventi di natura specialistica tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche. In tale contesto lo specialista, secondo modalità stabilite dall'Azienda, esegue, anche da remoto e/o in telemedicina, attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione, di supporto e consulenziali; opera in sede ambulatoriale, in sede ospedaliera, presso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le AFT e UCCP, presso i consultori e gli istituti penitenziari, in assistenza domiciliare, in assistenza programmata a soggetti nel domicilio personale, in assistenza nelle residenze protette, in assistenza domiciliare integrata, a supporto delle Centrali Operative Territoriali, negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e nelle sedi individuate dall'articolo 32.
8. Nello svolgimento della propria attività lo specialista ambulatoriale:
   a) assicura l'assistenza specialistica in favore dei cittadini, utilizzando anche i referti degli accertamenti diagnostici già effettuati ed evitando inutili duplicazioni di prestazioni sanitarie, redige le certificazioni richieste;
   b) collabora al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza prescrittiva e alle attività di farmacovigilanza pubblica;



c) partecipa alle disposizioni aziendali in materia di preospedalizzazione e di dimissioni protette ed alle altre iniziative aziendali in tema di assistenza sanitaria, anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale secondo quanto previsto dagli articoli 7 e 9 del presente Accordo;

d) partecipa alla stesura, attuazione e revisione del Piano di Assistenza Individuale (PAI), nell'ambito del quale è compreso anche il piano di consulenze specialistiche;

e) realizza le attività specialistiche di supporto e di consulenza richieste dall'Azienda per i propri fini istituzionali, ricorrendo anche all'uso della telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telerefertazione, telecooperazione specialistica, ecc...);

f) assicura il consulto con il medico del ruolo unico di assistenza primaria e il pediatra di libera scelta, previa autorizzazione dell'Azienda, nonché il consulto specialistico interdisciplinare;

g) partecipa, sulla base di accordi di livello regionale, alle sperimentazioni cliniche;

h) è tenuto a partecipare alle attività formative programmate dall'Azienda;

i) adotta le disposizioni aziendali in merito alle modalità di prescrizione ed erogazione delle specialità medicinali, ivi compresi i percorsi assistenziali e i piani terapeutici, riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti;

j) partecipa ai programmi di presa in carico dei pazienti inseriti nei percorsi delle cure palliative secondo quanto previsto dalla normativa e dai regolamenti vigenti;

k) concorre alla realizzazione degli obiettivi di cui all'articolo 4 del presente Accordo, in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Integrativo Regionale.

9. I compiti e le funzioni di cui al presente articolo, ove applicabili, riguardano i medici veterinari e tutti gli altri professionisti di area nei limiti delle relative competenze.

10. Nell'attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione lo specialista ambulatoriale è tenuto alla compilazione dei referti sull'apposita modulistica cartacea o informatizzata secondo modalità definite dall'Azienda.

11. Per le proposte di indagini specialistiche e le prescrizioni di specialità farmaceutiche e di galenici lo specialista ambulatoriale utilizza il ricettario del SSN e/o la ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata, nel rispetto della normativa vigente e dei provvedimenti regionali.



ART. 25 – COMPITI E FUNZIONI DEL VETERINARIO.

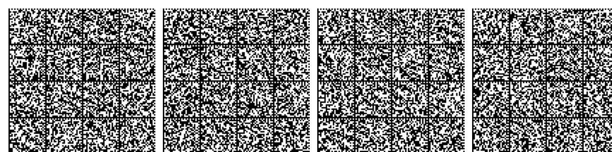
1. Il medico veterinario convenzionato ai sensi del presente Accordo concorre ad assicurare – nell'ambito delle attività distrettuali e territoriali dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Prevenzione Veterinario – le attività istituzionali unitamente agli altri operatori sanitari. Espleta le funzioni e le attività istituzionali secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e comunitaria, in particolare dai Regolamenti CE 852/04, 853/04, così come modificati ed integrati dal Regolamento UE 2016/429 e dal Regolamento UE 2017/625, come recepito dal D.Lgs. 2 febbraio 2021, n. 27, in materia di ispezione degli alimenti di origine animale, sanità animale e igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, benessere nei settori degli animali produttori di alimenti e di affezione, selvatici o sinantropi, per il controllo del randagismo, la tutela dell'ambiente e dell'ecosistema oltre alle altre prestazioni professionali specialistiche richieste nell'ambito delle competenze delle Aziende ed Istituti del SSR per cui opera. Il medico veterinario convenzionato concorre allo svolgimento delle attività istituzionali ed al raggiungimento degli obiettivi di salute specificamente individuati dal Piano di Controllo Nazionale Pluriennale (P.C.N.P.). In caso di svolgimento di funzioni di vigilanza e controllo si applicano le incompatibilità derivanti da normative nazionali e comunitarie.

2. La contrattazione regionale, inoltre, definisce i compiti inerenti lo svolgimento delle attività istituzionali nell'ambito del modello organizzativo della medicina veterinaria definito dalla stessa Regione, fermo restando il divieto per il veterinario di effettuare prestazioni che siano in contrasto con il codice deontologico e la legislazione vigente.

3. Ai fini dell'espletamento dei compiti e delle funzioni di cui al comma 1, nel rispetto dei principi sopra indicati, il veterinario svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di specialisti ambulatoriali, di veterinari e di professionisti (AFT) e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie (UCCP), secondo quanto previsto all'articolo 6, comma 3 del presente Accordo.

4. Il veterinario partecipa agli organismi per i quali le disposizioni di legge e/o l'atto aziendale ne prevedono la presenza.

5. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo costituiscono responsabilità individuali del veterinario e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.



ART. 26 – COMPITI E FUNZIONI DEL PROFESSIONISTA (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI).

1. Il professionista incaricato ai sensi del presente Accordo:
   a) si attiene alle disposizioni che l'Azienda emana per il buon funzionamento dei presidi e il perseguimento dei fini istituzionali;
   b) esegue le prestazioni professionali proprie delle categorie così come regolamentate dalle relative leggi di ordinamento e dall'articolo 1 del D.P.R. 19 novembre 1998, n. 458;
   c) partecipa ai programmi e ai progetti finalizzati ed alle sperimentazioni cliniche;
   d) osserva le disposizioni contenute nel presente Accordo.
2. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo.
3. Ai fini dell'espletamento dei compiti e delle funzioni di cui al comma 1, nel rispetto dei principi sopra indicati, il professionista svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di specialisti ambulatoriali, di veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e di professionisti (AFT) e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie (UCCP).
4. Gli psicologi di cui al presente Accordo sono integrati nei percorsi assistenziali e di presa in carico attivati in ambito aziendale.
5. I biologi di cui al presente Accordo concorrono in base alle indicazioni aziendali a processi di gestione e standardizzazione di metodi di laboratorio.
6. Il professionista partecipa agli organismi per i quali le disposizioni di legge e/o l'atto aziendale ne prevedono la presenza.
7. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo costituiscono responsabilità individuali del professionista e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.



ART. 27 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi del punto 6 dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo lo specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista che:

   a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;

   b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

   c) eserciti altre attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

   d) svolga attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2, ovvero di medico convenzionato INPS;

   e) sia titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'articolo 21 e svolga contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'articolo 22;

   f) eserciti la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN che non adottino le clausole economiche del presente Accordo, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

   g) svolga funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

   h) fruisca del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

   i) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale o aziendale;

   j) sia titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

   k) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

   l) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto, o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'articolo 54.



2. La eventuale situazione di incompatibilità a carico dello specialista, del veterinario o del professionista, incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
3. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità.

   La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità prevista dal presente Accordo comporta la decadenza dell'incarico convenzionale, come previsto ai sensi dell'articolo 38, comma 3 ovvero la revoca, come previsto all'articolo 38, comma 2, in riferimento all'Allegato 6, comma 2, lettera d), punto VII.



ART. 28 – MASSIMALE ORARIO.

1. L'incarico ambulatoriale, ancorché sommato ad altra attività compatibile, non può superare le 38 ore settimanali.
2. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista deve osservare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico e le Aziende provvedono al controllo con gli stessi metodi adottati per il personale dipendente.
3. Tenuto conto di eventuali determinazioni finalizzate alla flessibilità e al recupero dell'orario definite a livello regionale e/o aziendale, a seguito dell'inosservanza dell'orario sono effettuate trattenute mensili sulle competenze dello specialista ambulatoriale, del veterinario o professionista inadempiente, previa rilevazione contabile sulla documentazione in possesso dell'Azienda delle ore di lavoro non effettuate.
4. L'inosservanza ripetuta dell'orario costituisce infrazione contestabile, da parte dell'Azienda, secondo le procedure di cui all'articolo 39, per i provvedimenti conseguenti.
5. Ai fini dell'applicazione delle norme regolanti il massimale orario di attività settimanale, lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista è tenuto a comunicare all'Azienda ogni variazione che intervenga nel proprio stato professionale.



ART. 29 – ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO.

1. Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e gli altri professionisti operano con le altre figure professionali nell'ambito delle forme organizzative previste dalla Regione, nel rispetto delle specifiche competenze ed attività e secondo le esigenze funzionali valutate dall'Azienda. Per determinati servizi, l'attività può essere svolta anche in ore notturne e/o festive.
2. Ai fini organizzativi l'accesso ai servizi specialistici e delle altre aree professionali avviene con il sistema di prenotazione o con modalità definite in sede regionale o aziendale.

   La prenotazione relativa alle visite successive alla prima è effettuata secondo modalità di programmazione e protocolli concordati in sede aziendale, al fine di consentire la continuità terapeutica e la presa in carico di soggetti cronici e/o con pluripatologie, anche mediante l'utilizzo di agenda riservata.
3. Il numero di prestazioni erogabili per ciascuna ora di attività è determinato sulla base della tipologia e della complessità della prestazione, fermo restando che il loro numero è demandato alla valutazione dello specialista ambulatoriale, del veterinario e del professionista. Per lo specialista ambulatoriale ed il professionista tale numero non può di norma essere superiore a quattro.
4. La media delle prestazioni erogate dallo specialista ambulatoriale e dal professionista è soggetta a periodiche verifiche da parte dell'Azienda sulla scorta dei dati relativi alla casistica clinica (e non numerica) ed in relazione alla dotazione strumentale, strutturale, organizzativa e di personale tecnico ed infermieristico esistente nel presidio.
5. Qualora sia necessario superare occasionalmente l'orario di servizio, anche a richiesta dello specialista ambulatoriale o del professionista ed al fine di ricondurre le liste d'attesa a parametri nazionali, l'Azienda può autorizzare il prolungamento, indicandone le modalità organizzative e previo assenso dell'interessato. L'Azienda può autorizzare il prolungamento orario anche al veterinario.
6. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista autorizzato a prolungare l'orario sono corrisposti i compensi di cui all'articolo 43 e all'articolo 44.
7. Per ciascun servizio specialistico, di branca o multidisciplinare, al quale sia addetta una pluralità di specialisti ambulatoriali convenzionati ai sensi del presente Accordo, è individuato, tra gli specialisti titolari di incarico in ciascuna branca, in servizio presso l'Azienda e previo assenso dell'interessato, un responsabile di branca. Il responsabile di branca specialistica ha il compito di coordinare gli specialisti ambulatoriali appartenenti alla medesima branca per assicurare le specifiche attività nell'ambito dei programmi aziendali, raccordandosi con il referente di AFT. Nel rispetto della programmazione regionale e nell'ambito di specifiche progettualità aziendali, al responsabile di branca possono essere attribuiti compiti relativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale.
8. Ai fini dell'individuazione del responsabile di branca, di cui al comma precedente, i criteri, le funzioni e i compiti sono concordati mediante Accordo Integrativo Regionale (AIR), prevedendo anche un apposito compenso. Lo specialista in patologia clinica che, ai sensi della normativa vigente, svolge la funzione di Direttore tecnico responsabile, assume contestualmente l'incarico di responsabile di branca.

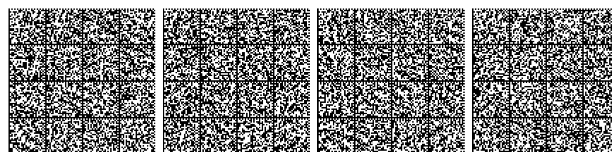


9. Gli accordi regionali valutano le condizioni e le opportunità di istituire il responsabile di branca dei medici veterinari, dei biologi, dei chimici e degli psicologi, tenuto conto della consistenza numerica a livello aziendale dei convenzionati di riferimento.
10. Le Aziende garantiscono i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di sicurezza necessari allo svolgimento dell'attività.



ART. 30 – FLESSIBILITÀ OPERATIVA, RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI E DELLA SEDE DI SERVIZIO.

1. Al fine di adeguare maggiormente l'offerta di prestazioni o attività specialistiche e professionali alla domanda dell'utenza, in attuazione e coerentemente agli indirizzi regionali per la programmazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche, le Aziende possono adottare provvedimenti tendenti a realizzare flessibilità operativa, anche temporanea, dell'orario e/o della sede di servizio in ambito aziendale. Per le lavoratrici madri di bambini fino al compimento del 3° anno di età e per gli specialisti ambulatoriali, veterinari, professionisti di cui all'articolo 34, comma 7, del presente Accordo l'Azienda tiene conto delle esigenze di modulazione e flessibilità dell'orario di lavoro.
2. I provvedimenti, adeguatamente motivati e notificati agli interessati, devono essere contestualmente comunicati al Comitato zonale. Qualora l'interessato abbia comunicato all'Azienda il mancato consenso è necessario acquisire preventivo parere del Comitato zonale.
3. La mancata accettazione del provvedimento, dopo aver espletato le procedure di cui ai commi precedenti, comporta la decadenza dall'incarico per le ore oggetto di flessibilità operativa.
4. Nel caso di non agibilità o indisponibilità temporanea della struttura, l'Azienda assicura l'impiego temporaneo dello specialista ambulatoriale, veterinario o professionista in altra struttura idonea senza danno economico per l'interessato.



ART. 31 – RIDUZIONE DELL'ORARIO DI INCARICO.

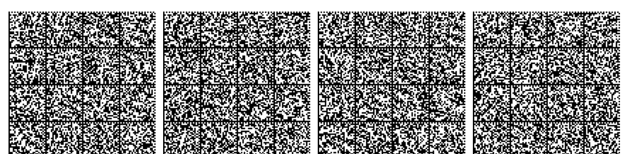
1. In caso di persistente contrazione dell'attività, documentata attraverso le richieste di prenotazione e le statistiche rilevate nell'arco di un anno, l'Azienda, previo espletamento delle misure di cui all'articolo 30, può disporre la riduzione dell'orario di incarico di uno specialista ambulatoriale, di un veterinario o di un professionista. Nel caso di più soggetti, rispetto al provvedimento di riduzione sono salvaguardati prioritariamente coloro che abbiano aderito in modo continuativo negli ultimi 36 (trentasei) mesi all'istituto di cui all'articolo 45 del presente Accordo.
2. L'Azienda non può adottare il provvedimento di riduzione dell'orario qualora la contrazione dell'attività sia dipendente da specifiche carenze tecnico-organizzative dell'Azienda stessa.
3. L'eventuale provvedimento di riduzione, di cui al comma 1, da adottarsi da parte dell'Azienda, sentito l'interessato ed acquisito il preventivo parere del Comitato zonale, ha comunque effetto non prima di 45 giorni dalla comunicazione.
4. Contro i provvedimenti di riduzione è ammessa da parte dell'interessato opposizione al Direttore Generale dell'Azienda entro il termine perentorio di 15 (quindici) giorni dal ricevimento della comunicazione scritta. L'opposizione ha effetto sospensivo del provvedimento; il Direttore Generale dell'Azienda decide sull'opposizione, sentito l'interessato.
5. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista a tempo indeterminato può chiedere la riduzione dell'orario di incarico, dopo aver svolto almeno un anno di servizio nella stessa Azienda, in misura non superiore alla metà delle ore di incarico assegnate, con un preavviso non inferiore a 60 (sessanta) giorni. Una successiva richiesta potrà essere presentata solo dopo un anno dalla data di decorrenza dell'orario ridotto.



ART. 32 – ATTIVITÀ ESTERNA E PRONTA DISPONIBILITÀ.

1. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista, per fini istituzionali o esigenze erogative della Azienda, svolge attività professionale anche al di fuori della sede di lavoro indicata nella lettera di incarico (attività esterna).
2. In caso di incarico conferito per lo svolgimento esclusivo di attività esterna, come sede di lavoro si intende quella dove avviene la rilevazione della presenza all'inizio dell'orario di servizio.
3. Le prestazioni sono svolte dallo specialista ambulatoriale e dal professionista:
   a) nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
   b) presso il domicilio del paziente;
   c) presso strutture pubbliche e del SSN (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, residenze sanitarie assistenziali, servizi socio-assistenziali di tipo specialistico, ospedali, consultori famigliari e pediatrici, farmacie ecc.), presidi sanitari di prossimità individuati dall'Azienda, scuole, fabbriche, strutture protette, comunità terapeutiche, istituti penitenziari ecc.;
   d) presso lo studio del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;
   e) nell'ambito delle prestazioni aggiuntive di cui all'allegato 3.

   Le prestazioni del veterinario sono svolte presso strutture pubbliche e private sottoposte ai controlli ufficiali.
4. Detta attività deve essere preventivamente programmata e concordata con lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista interessato.
5. Per lo svolgimento di attività esterna al di fuori dell'orario di servizio, allo specialista ambulatoriale è attribuito un emolumento forfetario aggiuntivo calcolato sul compenso orario dovuto ai sensi dell'articolo 43, lettera A, commi 1 e 2, rapportato ad un impegno di 90 minuti per ciascuna prestazione. Qualora in occasione di un singolo accesso siano eseguite ulteriori prestazioni, previa autorizzazione aziendale, per ciascuna prestazione successiva alla prima il tempo di esecuzione è determinato in 20 minuti.
6. Per lo svolgimento di attività esterna durante l'orario di servizio e per incarichi conferiti in via esclusiva per tale attività, allo specialista ambulatoriale è attribuito un emolumento forfetario aggiuntivo calcolato sul compenso orario dovuto ai sensi dell'articolo 43, lettera A, commi 1 e 2, rapportato al tempo di esecuzione di 60 minuti per ciascuna prestazione. Qualora in occasione di un singolo accesso vengano eseguite ulteriori prestazioni, previa autorizzazione aziendale, per ciascuna prestazione successiva alla prima il tempo di esecuzione è determinato in 20 minuti.
7. Per lo svolgimento di attività esterna al di fuori dell'orario di servizio, al veterinario è attribuito un emolumento forfetario aggiuntivo calcolato sul compenso orario dovuto ai sensi dell'articolo 43, lettera A, comma 1, rapportato ad un impegno di 90 minuti per il primo accesso. Per ulteriori accessi successivi al primo, previa autorizzazione aziendale, il tempo di esecuzione è determinato in 20 minuti.
8. Per lo svolgimento di attività esterna al professionista è attribuito un emolumento forfetario aggiuntivo calcolato sul compenso orario pari ad euro 19,45 e su quanto dovuto ai sensi dell'articolo 44, lettera A, comma 2, maggiorato del 35% in caso di attività esterna svolta al di



fuori dell'orario di servizio o maggiorato del 25% in caso di svolgimento di tale attività durante l'orario di servizio.

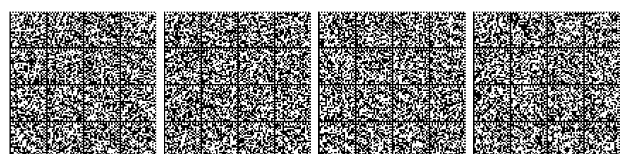
9. Agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari e ai professionisti, per compiti istituzionali e doveri d'ufficio, spetta, qualora non sia disponibile l'automezzo aziendale e si avvalgano del proprio automezzo, un rimborso pari a un 1/5 del prezzo "ufficiale" di un litro di benzina verde per km, nonché copertura assicurativa totale (tipo kasko).

10. Qualora lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista operi in un servizio in cui è attivato l'istituto della pronta disponibilità, la stessa dovrà essere assicurata dallo specialista, veterinario o dal professionista compatibilmente con la propria residenza e con le stesse modalità e lo stesso compenso del personale dipendente, con limite orario per la pronta disponibilità non oltre la metà delle ore di incarico, compatibilmente con gli orari di attività svolti presso altre Aziende. Le donne in gravidanza e le madri di bambini fino al compimento del 3° anno di età possono richiedere la sospensione dell'istituto di cui al presente comma.



ART. 33 – PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO.

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista incaricato ai sensi del presente Accordo, spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di 30 (trenta) giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore pari a cinque volte l'orario di incarico settimanale. Il periodo di permesso è sospeso per sopravvenuto, certificato stato di malattia o infortunio tempestivamente comunicato all'Azienda. È consentito cedere a titolo gratuito ore di permesso maturate ad altro specialista ambulatoriale, veterinario e professionista operante nella stessa Azienda al fine di consentire a quest'ultimo di assistere figli minori che, per particolari condizioni di salute, necessitano di cure specifiche e/o di assistenza.
2. A richiesta dell'interessato e con un preavviso di 30 (trenta) giorni, il permesso è autorizzato dalla Azienda e fruito in uno o più periodi programmati, qualora siano presenti più specialisti convenzionati per la stessa branca, tenendo conto delle esigenze operative dell'Azienda. Se il permesso è chiesto fuori dei termini di preavviso, esso sarà concesso a condizione che l'Azienda possa provvedere al servizio o che il richiedente garantisca la sostituzione ai sensi dell'articolo 36.
3. Il periodo di permesso è fruito almeno allo 80% a giornata intera e per la parte rimanente può essere frazionato in ore. La percentuale di permesso frazionata in ore può essere aumentata fino al 30% per le madri di bambini fino al compimento del 3° anno di età o per gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti di cui all'articolo 34, comma 7. Il permesso è utilizzato durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il 1° semestre dell'anno successivo.
4. Per gli specialisti ambulatoriali che usufruiscono delle indennità di cui all'articolo 50, commi 1 e 2 e per i veterinari che usufruiscono dell'indennità di cui all'articolo 50, comma 2, detto periodo è elevato di altri 15 giorni (riposo biologico), comprese festività e giorni non lavorativi, da prendere in unica soluzione entro l'anno, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore pari a sette volte e mezzo l'orario di incarico settimanale.
5. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito di cui al primo o al quarto comma del presente articolo, quanti sono i mesi di servizio prestati.
6. Ai fini del computo del permesso retribuito sono considerate attività di servizio anche il periodo riferito al riposo biologico di cui al precedente comma 4, il congedo matrimoniale di cui al successivo comma 9 ed i periodi retribuiti di assenza per malattia e gravidanza di cui all'articolo 34. Non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti.
7. Durante il permesso retribuito, agli specialisti ambulatoriali e veterinari incaricati a tempo indeterminato sono corrisposti i compensi previsti all'articolo 43. Agli specialisti ambulatoriali incaricati a tempo determinato sono corrisposti i compensi di cui all'articolo 49, comma 1 e articolo 43, lettera B, comma 6. Ai veterinari incaricati a tempo determinato sono corrisposti i compensi di cui all'articolo 49, comma 1. Agli specialisti ambulatoriali e ai veterinari spetta l'indennità di cui all'articolo 50 del presente Accordo, se dovuta.
8. Durante il permesso retribuito ai professionisti incaricati a tempo indeterminato, saranno corrisposti i compensi previsti all'articolo 44. Ai professionisti incaricati a tempo determinato sono corrisposti i compensi di cui all'articolo 49, comma 1 e articolo 44, lettera B, comma 5. Ad entrambi spetta l'indennità di cui all'articolo 50, comma 3 del presente Accordo, se dovuta.



9. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista, titolare di incarico a tempo indeterminato, spetta un congedo matrimoniale retribuito non frazionabile di 15 giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore pari a due volte e mezzo l'orario di incarico settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.
10. Durante il congedo matrimoniale allo specialista ambulatoriale e al veterinario sono corrisposti i compensi previsti all'articolo 43 e l'indennità di cui all'articolo 50, se dovuta.
11. Durante il congedo matrimoniale al professionista sono corrisposti i compensi previsti all'articolo 44 e l'indennità di cui all'articolo 50, se dovuta.



ART. 34 – ASSENZE PER MALATTIA E GRAVIDANZA.

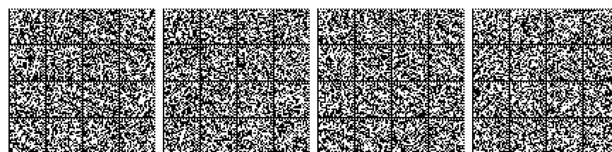
1. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista, incaricato a tempo indeterminato, che si assenta per comprovata malattia, infortunio, quarantena ed isolamento disposti dalle autorità sanitarie – anche non continuativamente nell'arco di 30 mesi – l'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per i primi 6 mesi, al 50% per i successivi 3 mesi e conserva l'incarico per ulteriori 15 mesi senza retribuzione.
2. In caso di patologie gravi che richiedano terapie salvavita ed altre ad esse assimilabili, secondo le indicazioni del medico competente dell'Azienda, le assenze per ricovero ospedaliero o *Day Hospital* e per le citate terapie, debitamente certificate, non sono computate nel periodo di conservazione dell'incarico, senza retribuzione, di cui al comma 1 e comma 5 del presente articolo.
3. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista, a tempo indeterminato, spetta l'intero trattamento economico in caso di assenza per donazione di organi, sangue e midollo osseo.
4. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario ed al professionista, a tempo indeterminato, che si assenta dal servizio per gravidanza o puerperio, o adozione / affido di minore al di sotto dei sei anni, è mantenuto l'incarico per 6 mesi continuativi. L'Azienda corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio, per un periodo massimo complessivo di 14 settimane. Eventuale ulteriore copertura è fornita dall'Ente previdenziale di competenza. Nel caso di gravidanza a rischio, il periodo di assenza non è computato nei sei mesi.
5. Per gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti, incaricati a tempo determinato, nei casi di certificata malattia o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio, l'Azienda conserva l'incarico per un massimo di sei mesi senza diritto ad alcun compenso. Eventuale ulteriore copertura è fornita dall'Ente previdenziale di competenza.
6. L'Azienda può disporre controlli sanitari, in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati, secondo le modalità e le procedure previste dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111.
7. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista si applicano le norme di cui al comma 3, dell'articolo 33, della Legge n. 104/92, in proporzione all'orario settimanale di attività svolto presso ciascuna Azienda in cui presta servizio. Per l'incarico a 38 ore settimanali il permesso è pari a 18 ore mensili fruibili esclusivamente presso l'Azienda nella quale è maturato il diritto. I permessi di cui al comma 3 dell'articolo 33 della Legge n. 104/92 si applicano anche agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari e ai professionisti portatori di *handicap* grave, i quali hanno diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina alla propria residenza nell'ambito dell'Azienda e non possono essere trasferiti in altra sede senza il loro consenso.

   Per consentire all'Azienda di organizzare l'attività ed assicurare l'erogazione delle prestazioni programmate, senza creare disagi agli utenti, la fruizione dei permessi avviene sulla base di una programmazione, almeno mensile, delle ore di assenza da comunicare, con congruo anticipo all'Azienda, salvo dimostrate situazioni di urgenza.
8. In caso di giudizio di inidoneità temporanea espresso dal medico competente, l'Azienda, ove possibile, adibisce lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista ad altra attività compatibile con lo stato di salute desumibile dalla relazione del medico competente.



ART. 35 – ASSENZE NON RETRIBUITE.

1. Per giustificati e documentati motivi di studio, per gravi motivi personali e/o familiari o per partecipazione ad iniziative di carattere umanitario e di solidarietà sociale, l'Azienda conserva l'incarico allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista, incaricato a tempo indeterminato, per la durata massima di 24 mesi nell'arco del quinquennio sempre che esista la possibilità di assicurare idonea sostituzione. Nessun compenso è dovuto per l'intero periodo di assenza.
2. In caso di nomina alle cariche ordinistiche per espletare i rispettivi mandati, elezione del Parlamento o ai Consigli regionali, provinciali e comunali o di nomina a pubblico amministratore, lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista viene sospeso, a richiesta, dall'incarico, per tutta la durata del mandato, senza oneri per l'Azienda con le modalità di cui agli articoli 79 e 80 del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 e s.m.i.
3. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista che ha sospeso la propria attività per il richiamo alle armi è reintegrato nel precedente incarico, sempreché ne faccia domanda entro 30 giorni dalla data del congedo. Durante l'assenza dal servizio per richiamo alle armi l'Azienda conserva l'incarico all'interessato per tutto il periodo.
4. I periodi di assenza per i casi previsti dai commi 2 e 3 sono conteggiati come anzianità ai fini della prelazione di cui all'articolo 21.
5. Per l'incarico a tempo determinato la durata massima di assenze non retribuite è di 60 giorni nell'anno; tale periodo è proporzionalmente ridotto in riferimento alla durata dell'incarico.
6. Salvo il caso di inderogabile urgenza, lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista deve avanzare richiesta per l'ottenimento dei permessi di cui al presente articolo con un preavviso di almeno quindici giorni.



ART. 36 – SOSTITUZIONI.

1. L'Azienda provvede alla sostituzione del titolare assente assegnando la supplenza secondo l'ordine delle graduatorie di cui all'articolo 19, comma 10, successivamente quelle di cui al comma 12 e, in subordine, agli specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19 che abbiano comunicato alla stessa la propria disponibilità, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione ed infine dell'anzianità di laurea.
2. L'Azienda, per sostituzioni in caso di assenze inferiori a 20 (venti) giorni, può avvalersi di specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti proposti dal titolare assente e individuati preliminarmente tra i titolari di incarico presso la stessa Azienda e in subordine presso altra Azienda del medesimo Comitato zonale, nel rispetto del massimale orario di cui all'articolo 28, comma 1, o tra gli iscritti nella graduatoria relativa al medesimo ambito zonale o nella graduatoria di disponibilità.
3. La sostituzione ha durata pari all'assenza del titolare, cessa di diritto e con effetto immediato al rientro del titolare stesso e deve essere assegnata a specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti che non si trovino in posizione di incompatibilità ai sensi dell'articolo 27.
4. Allo specialista ambulatoriale e al veterinario sostituto, non titolare di incarico di cui al presente ACN, spettano: il compenso di cui all'articolo 43, lettera A, comma 1, il rimborso delle spese di viaggio secondo l'articolo 51 e l'indennità di cui all'articolo 50 del presente Accordo, se dovuta.
5. Al professionista sostituto, non titolare di incarico di cui al presente ACN, spettano: il compenso di cui all'articolo 44, lettera A, comma 1, il rimborso delle spese di viaggio secondo l'articolo 51 e l'indennità di cui all'articolo 50 del presente Accordo, se dovuta.
6. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista già titolare di incarico che effettua le sostituzioni di cui al precedente comma 2 compete il proprio trattamento economico.



ART. 37 – SOSPENSIONE DALL'INCARICO CONVENZIONALE.

1. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario od il professionista è sospeso dall'incarico convenzionale nei seguenti casi:
   a) esecuzione dei provvedimenti disciplinari di cui all'articolo 39;
   b) sospensione dall'Albo professionale;
   c) provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dall'autorità giudiziaria;
   d) attribuzione di incarico aziendale di struttura complessa (compresa la direzione di Distretto) per tutta la durata dello stesso. Tale condizione comporta la decadenza della nomina nei Comitati, nelle Commissioni previsti dagli Accordi Collettivi Nazionali e decentrati, nonché delle funzioni di referente di AFT e di responsabile di branca.
2. I periodi relativi alla sospensione dall'incarico convenzionale non possono essere considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non possono comportare alcun onere, anche previdenziale, a carico del presente Accordo.
3. Al termine del periodo di sospensione lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista riprende l'incarico interrotto all'atto della sospensione.



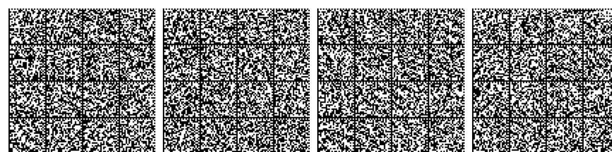
ART. 38 – CESSAZIONE, REVOCA E DECADENZA DELL'INCARICO CONVENZIONALE.

1. L'incarico cessa per i seguenti motivi:
   a) recesso dello specialista ambulatoriale, del veterinario e del professionista, con effetto dal 60° giorno successivo dalla data di invio della lettera di comunicazione. Su specifica richiesta dell'interessato l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti;
   b) compimento del 70° anno di età.
2. L'incarico è revocato in caso di provvedimento disciplinare ai sensi dell'articolo 39 del presente Accordo.
3. L'incarico decade per le seguenti motivazioni:
   a) radiazione o cancellazione dall'Albo professionale;
   b) omessa o non veritiera dichiarazione, relativamente a fatti, stati e posizione giuridica, che abbia determinato l'indebito conferimento dell'incarico convenzionale;
   c) l'aver compiuto il periodo massimo di conservazione del posto previsto dall'articolo 34 in caso di malattia;
   d) incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della Legge 15 ottobre 1990 n. 295, su disposizione dell'Azienda;
   e) insorgenza fraudolentemente non dichiarata di causa di incompatibilità di cui all'articolo 27 del presente Accordo.
4. Il provvedimento relativo alla risoluzione del rapporto convenzionale è adottato dal Direttore Generale della Azienda.



ART. 39 – PROCEDIMENTO DISCIPLINARE.

1. In considerazione della specificità professionale e delle particolari responsabilità che caratterizzano le figure dello specialista ambulatoriale, del veterinario e del professionista convenzionato, sono stabilite specifiche fattispecie di responsabilità disciplinari, nonché il relativo sistema sanzionatorio con la garanzia di adeguate tutele degli specialisti, veterinari e professionisti, in analogia ai principi stabiliti dal D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 come modificato dal D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.
2. I criteri per l'individuazione delle violazioni sono i seguenti: violazione di obblighi e compiti previsti dagli Accordi (Nazionale, Regionale ed Aziendale), mancata collaborazione con le strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato negli Accordi, mancato rispetto delle norme previste dall'Allegato 5 – Codice di comportamento degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.
3. Le violazioni degli obblighi di cui al comma precedente, secondo la gravità dell'infrazione, previo procedimento disciplinare, danno luogo all'applicazione delle seguenti tipologie di sanzioni:
   a) rimprovero scritto;
   b) sanzione pecuniaria, di importo non inferiore al 5% e non superiore al 10% della retribuzione corrisposta nel mese precedente, per la durata massima di tre mesi;
   c) sospensione dall'incarico e dal trattamento economico per una durata non inferiore a un mese e non superiore a sei;
   d) revoca dell'incarico con preavviso;
   e) revoca dell'incarico senza preavviso.
4. Le infrazioni e le relative sanzioni sono individuate nell'Allegato 6 – Sanzioni disciplinari. L'irrogazione della sanzione deve basarsi su elementi certi ed obiettivi, comunicata tempestivamente allo specialista ambulatoriale, veterinario e professionista al fine di garantire la certezza delle situazioni giuridiche. Non può essere applicata una sanzione diversa da quella prevista dal presente Accordo.
5. I soggetti competenti per i procedimenti disciplinari degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti sono così individuati:
   a) il referente della AFT di riferimento per le infrazioni di minore gravità, a carattere occasionale, per le quali è prevista la sanzione del rimprovero scritto;
   b) l'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD) istituito presso ciascuna Azienda, secondo quanto previsto dall'articolo 55-bis, comma 4 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., per le violazioni punibili con le sanzioni di maggior gravità di cui al precedente comma 3, lettere b) c) d) e), che assume la denominazione di Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari del personale Convenzionato (UPDC). In caso di procedimento disciplinare riguardante lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista un componente dell'UPD è sostituito da un componente in rapporto di convenzionamento di cui al presente Accordo.



6. Nell'ambito del procedimento disciplinare, la contestazione dell'addebito deve essere specifica e tempestiva e riportare l'esposizione chiara e puntuale dei fatti, nel rispetto delle procedure di seguito indicate.

   Nel corso dell'istruttoria, il referente di cui al comma 5, lettera a) o l'UPDC possono acquisire ulteriori informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. La predetta attività istruttoria non determina la sospensione del procedimento, né il differimento dei relativi termini.

   Le comunicazioni agli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti sanitari e l'accesso agli atti del procedimento avvengono come di seguito indicato:

   a) ogni comunicazione, nell'ambito del procedimento disciplinare, è effettuata tramite posta elettronica certificata;

   b) lo specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista hanno diritto di accesso agli atti istruttori del procedimento.

7. Non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari, decorsi due anni dalla loro applicazione.

8. In caso di più violazioni compiute con un'unica azione o omissione si applica la sanzione più grave.

9. I modi e i tempi per l'applicazione delle sanzioni sono i seguenti:

   a) procedimento per il referente di cui al comma 5, lettera a):

      I. il referente di cui al comma 5, lettera a) entro 20 (venti) giorni dal momento in cui viene a conoscenza di comportamenti punibili con la sanzione di minor gravità, contesta per iscritto l'addebito allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista e lo convoca, con un preavviso di almeno 10 (dieci) giorni, per il contraddittorio a sua difesa, con l'eventuale assistenza di un procuratore ovvero di un rappresentante dell'organizzazione sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato.

         Nel caso il referente di cui al comma 5, lettera a) ritenga che la sanzione da applicare sia più grave di quella del rimprovero scritto, entro 5 giorni dalla notizia del fatto trasmette gli atti all'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari del personale Convenzionato (UPDC), dandone contestuale comunicazione all'interessato;

      II. entro il termine fissato, lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista convocato, se non intende presentarsi, può inviare una memoria scritta o, in caso di grave ed oggettivo impedimento, formulare motivata istanza di rinvio del termine per l'esercizio della propria difesa;

      III. in caso di differimento superiore a 10 (dieci) giorni dalla scadenza del preavviso, per impedimento dello specialista ambulatoriale, del veterinario o del professionista, il termine per la conclusione del procedimento è prorogato in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una volta sola nel corso del procedimento;

      IV. il responsabile della struttura organizzativa aziendale di riferimento conclude il procedimento, con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione, stabilita dal referente di cui al comma 5, lettera a), entro 60 (sessanta) giorni dalla contestazione dell'addebito;



V. la sanzione disciplinare deve essere adeguatamente motivata e notificata per iscritto all'interessato;

b) per quanto attiene alla composizione, competenze, forme e termini dei procedimenti assegnati all'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari del personale Convenzionato (UPDC), si rinvia al D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. ed ai regolamenti assunti da ciascuna Azienda. Anche nei procedimenti di competenza dell'UPDC lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può farsi assistere da un procuratore ovvero da un rappresentante dell'organizzazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato.

In tali casi il soggetto competente ad assumere le determinazioni conclusive del procedimento disciplinare è il Direttore Generale o suo delegato.

10. La violazione dei termini stabiliti nel presente articolo comporta, nel caso in cui la responsabilità sia dell'Azienda, la decadenza dall'azione disciplinare e, nel caso in cui la responsabilità sia dello specialista, veterinario o del professionista, la decadenza dall'esercizio del diritto di difesa.

11. Per quanto non espressamente previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni di cui alla L. 27 marzo 2001, n. 97 ed al D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.



ART. 40 – FORMAZIONE CONTINUA (ECM).

1. La formazione professionale continua è obbligatoria per lo specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista e riguarda la crescita culturale e professionale degli stessi, le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza, le competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione continua, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome, sia di specifico interesse regionale e aziendale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari.
3. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per la qualificazione professionale degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti ai sensi del presente Accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, lo specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 2 del presente articolo.
4. I corsi regionali ed aziendali, le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione e formazione a distanza, danno luogo a crediti formativi, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e agli indirizzi della Commissione Nazionale per la Formazione Continua. Nell'ambito della formazione sul campo, le Aziende possono prevedere il coinvolgimento e/o l'affiancamento degli specialisti ambulatoriali nelle attività di diagnosi, cura e riabilitazione dipartimentali.
5. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale; orientativamente, i temi della formazione obbligatoria sono individuati in modo da rispondere ad obiettivi regionali, aziendali e di integrazione tra ospedale e territorio.
6. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 5, le Regioni e le Aziende garantiscono la realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.
7. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario od il professionista che non frequenti i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure disciplinari di cui all'articolo 39 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.
8. Fino ad un massimo del 30% del credito obbligatorio, lo specialista ambulatoriale, il veterinario e il professionista hanno facoltà di partecipare, con le modalità previste all'articolo 33 commi 2 e 3, anche in modalità FAD, a corsi non compresi nella programmazione regionale, purché accreditati e inerenti la specialità svolta in Azienda. Tale partecipazione determina il riconoscimento di un permesso retribuito, limitatamente alla durata dell'evento formativo, nel limite massimo di 32 ore annue. Sono fatti salvi gli accordi regionali ai quali si rimanda, anche per la disciplina dei permessi retribuiti in caso di formazione a distanza (FAD).



9. La partecipazione ad iniziative formative, oltre il limite di cui al comma 8, previa comunque autorizzazione aziendale, è a carico dello specialista ambulatoriale e del professionista comprese:
   a) attività di tutoraggio ed insegnamento in sede di attività professionale (ad es. corsi tirocinanti per la Medicina Generale, Medicina Specialistica, Personale tecnico-infermieristico);
   b) attività di tutoraggio ed insegnamento *pre-post lauream* (scuole di specializzazione), previo accordo con le Università.
10. Le Regioni e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale concordano annualmente l'ammontare dello specifico finanziamento vincolato alla formazione continua.



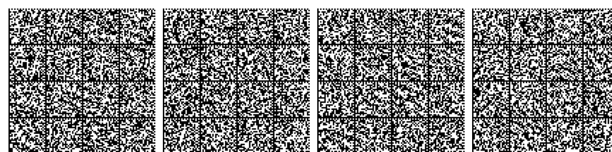
ART. 41 – PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI.

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi.
2. L'Accordo Attuativo Aziendale, conformemente alle linee di indirizzo dell'Accordo Integrativo Regionale, individua le prestazioni e le attività individuali o in forma aggregata per raggiungere specifici obiettivi e le modalità di esecuzione e di remunerazione delle stesse. La partecipazione alla realizzazione di progetti obiettivo, azioni programmate, programmi di preospedalizzazione e di dimissione protetta, o attività incentivanti svolte in *équipes* con il personale dipendente e convenzionato comporta la verifica periodica, sulla base di intese raggiunte con le organizzazioni sindacali di cui all'articolo 14, comma 4 circa il raggiungimento degli specifici obiettivi, individuali o in forma aggregata, da valutare sulla base di indicatori predefiniti, concordati tra le parti. Il medesimo Accordo aziendale definisce gli effetti del raggiungimento o meno degli obiettivi previsti, da parte degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e degli altri professionisti incaricati ai sensi del presente Accordo.
3. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può eseguire prestazioni aggiuntive previste da norme nazionali e/o dalla programmazione regionale e/o aziendale, secondo modalità regolate dagli accordi decentrati, allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi nell'area specialistica. I medesimi Accordi definiscono anche i relativi emolumenti aggiuntivi.
4. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o lo psicologo esegue prestazioni di particolare interesse (P.P.I.) di cui all'allegato 3 previste dalla programmazione regionale e/o aziendale.
5. L'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali, dai veterinari e dai professionisti, nell'ambito di progetti e programmi finalizzati concernenti il personale dipendente e convenzionato, è valutata agli effetti economici (retribuzione di risultato) in riferimento agli obiettivi raggiunti, sulla base della verifica e della valutazione effettuate dall'Azienda.



ART. 42 – LIBERA PROFESSIONE *INTRA-MOENIA*.

1. L'Azienda consente allo specialista ambulatoriale, al veterinario, al professionista e ai medici di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, l'esercizio della libera professione *intra-moenia* per attività istituzionali e per altre prestazioni concordate.
2. Lo svolgimento dell'attività deve avvenire fuori dell'orario di servizio, in giorni ed orari prestabiliti. In caso di indisponibilità di spazi e personale si applicano le norme previste dalla normativa della dirigenza medica.
3. L'Azienda stabilisce i criteri, le modalità e la misura per la corresponsione degli onorari, sentito lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista interessato, in modo che, in ogni caso, non sussistano oneri a carico aziendale.



ART. 43 – COMPENSI PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI E VETERINARI A TEMPO INDETERMINATO.

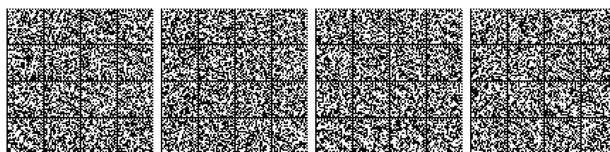
1. Il trattamento economico degli specialisti ambulatoriali e dei veterinari si articola in:
   a) quota oraria;
   b) quota variabile, nell'ambito dei programmi regionali ed aziendali, finalizzata al raggiungimento di standard organizzativi, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di qualificazione, appropriatezza.

A - QUOTA ORARIA

1. Il compenso orario degli specialisti ambulatoriali e dei veterinari incaricati a tempo indeterminato è pari ad euro 29,99 (ventinove/99) per ogni ora di attività.
2. È corrisposta inoltre una quota oraria in relazione alla anzianità di servizio maturata fino alla data del 29 febbraio 1996 e pari a: euro 0,04916 per mese di servizio, fino al 192esimo mese (pari a 16 anni di anzianità); euro 0,017 per mese dal 193esimo.
3. Per l'attività svolta dallo specialista ambulatoriale e dal veterinario nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle 6 il compenso orario di cui al presente articolo è maggiorato nella misura di euro 7,998.
4. Per l'attività svolta dallo specialista ambulatoriale e dal veterinario nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è pari ad euro 13,33.

B - QUOTA VARIABILE

1. Le quote già destinate agli specialisti ambulatoriali dal 01.01.2004 per:
   a) le prestazioni, anche ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, ricomprese nel nomenclatore tariffario "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe" introdotto dal Decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996 (S.O. n. 150 del 14 settembre 1996, alla G.U. n. 216 del 14 settembre 1996), come eventualmente modificato ed integrato da provvedimenti regionali nonché ai medici addetti alla medicina generale ambulatoriale disponibili a svolgere compiti di organizzazione sanitaria a livello distrettuale;
   b) le prestazioni protesiche (protesi dentarie ed implantologia, cure ortodontiche) ed attività ortesica di cui all'allegato C dell'ACN 23 marzo 2005 e per le ore di incarico dedicate in modo esclusivo a tali attività;
   c) le attività esterne di cui all'articolo 32;
   d) le prestazioni oltre l'orario di incarico di cui all'articolo 29, comma 6;
   e) la copertura dal rischio di radiazioni di cui all'articolo 50, commi 1 e 2;
   f) le spese di viaggio relative ad incarichi svolti in Comune diverso da quello di residenza di cui all'articolo 51;
   g) lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, e in quelle caratterizzate da bilinguismo di cui al successivo comma 12;



costituiscono un fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie, non riassorbibile, quantificato in ogni Regione sulla base di euro 4,41 per ora di attività. Tale fondo è aumentato di euro 0,245 dal 31.12. 2004 e di euro 0,22 dal 31.12.2005. A tale fondo afferiscono a far data dal 01.01.2019 anche i veterinari per le attività e le prestazioni ad essi riferibili.

Le risorse di tale Fondo sono ripartite in favore di tutti gli specialisti ambulatoriali e i veterinari mediante l'attribuzione di una quota oraria e/o per obiettivi definita dagli AAIIRR in ragione dell'impegno degli stessi. Per gli specialisti ambulatoriali la medesima quota è erogata in misura non inferiore a quella prevista in acconto. Il Fondo per il raggiungimento degli obiettivi dei veterinari non può essere inferiore a euro 2,95 per ora di attività che, in attesa degli AAIIRR, è erogato sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti a livello aziendale.

2. Il fondo di cui al comma 1 è integrato con le quote di anzianità resesi disponibili fino alla data del 31 dicembre 2009 per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli specialisti ambulatoriali.

3. In ciascuna Regione, il fondo di cui al comma 1 è incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271, per effetto degli accordi regionali riferiti agli specialisti ambulatoriali vigenti alla data del 23 marzo 2005, inerenti ai programmi e progetti finalizzati di cui all'articolo 41.

4. Dal 1.1.2004 tutti gli specialisti ambulatoriali convenzionati a tempo indeterminato e determinato ai sensi del presente Accordo, partecipano al riparto del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie, mediante attribuzione di una quota oraria e /o per obiettivi definita dagli accordi regionali, fatti salvi i livelli retributivi al 31.12.2003 come determinati dal D.P.R. 271/2000 (articolo 30, commi 1 e 2, articolo 31 e articolo 32). I veterinari a tempo indeterminato e determinato partecipano al riparto del fondo dal 1.1.2019, le cui risorse sono utilizzate anche per remunerare l'esercizio di funzioni di vigilanza e controllo affidate dall'autorità competente.

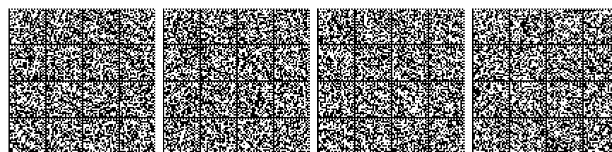
5. Per il 2004 e fino alla definizione degli Accordi Integrativi Regionali ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 a ciascuno specialista ambulatoriale titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato è riconosciuta comunque, a titolo d'acconto, una quota oraria di ponderazione di euro 2,95 a decorrere dal 31.12.2005.

6. Per il 2004 e fino alla definizione degli Accordi Integrativi Regionali ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 a ciascuno specialista ambulatoriale titolare di rapporto convenzionale a tempo determinato è riconosciuta comunque, a titolo d'acconto, una quota oraria di ponderazione di euro 1,37 a decorrere dal 31.12.2005.

7. A far data dal 1 gennaio 2010, le Regioni, per i relativi accordi decentrati, dispongono di una quota per ora pari ad euro 0,46 (zero/46) per gli specialisti ambulatoriali ed i veterinari a tempo indeterminato, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 5, ACN 8 luglio 2010. A far data dal 01/01/2019 tale quota è aumentata di euro 0,20 (zero/20).

   Dalla medesima data le Regioni dispongono anche di una ulteriore quota per ora pari ad euro 0,20 (zero/20) finalizzata all'attuazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4.

   Tali risorse, dal 01/01/2019, sono preventivamente decurtate, per ciascun anno, delle risorse necessarie al finanziamento di cui all'articolo 8, comma 8 del presente Accordo.



8. Per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'articolo 4, per la partecipazione alla realizzazione di progetti obiettivo, attività di prevenzione e controllo, azioni programmate, programmi di preospedalizzazione e di dimissione protetta, per le attività in telemedicina, a far data dal 1 gennaio 2021 è istituito un fondo pari ad euro 0,44 (zero/44) per ogni ora di attività. Tale fondo è ripartito agli specialisti e veterinari in due quote semestrali, la prima erogata a titolo di acconto con la retribuzione del mese di giugno, la seconda erogata con la retribuzione del mese di dicembre. Le Aziende, in coerenza con la programmazione regionale, definiscono entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN gli obiettivi specifici con indicatori di *performance* che consentiranno, al 31 dicembre di ogni anno, la valutazione del risultato conseguito e il conseguente conguaglio, ovvero la ripetizione totale o parziale di quanto erogato in acconto a giugno, da effettuarsi unitamente all'acconto dell'anno successivo. In attesa della identificazione degli obiettivi e degli indicatori di *performance* l'Azienda ripartisce il fondo di cui al presente comma assegnandolo sulla base di ciascuna ora di attività svolta.
9. Agli specialisti ambulatoriali spettano i compensi previsti per le prestazioni di cui all'allegato 3, commi da 1 a 4. Agli specialisti ambulatoriali ed ai veterinari spettano i compensi previsti per le prestazioni di particolare interesse (P.P.I.) di cui all'articolo 41, comma 4. Per tali prestazioni, a far data dal 1 gennaio 2019, le Aziende dispongono di una quota per ora pari ad euro 0,05 (zero/05) da destinare agli specialisti ambulatoriali ed ai veterinari a tempo indeterminato. Tali risorse sono integrate con le quote eventualmente non assegnate ai sensi dell'articolo 45.
10. Gli obiettivi da raggiungere da parte degli specialisti ambulatoriali e dei veterinari sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o Distretto e organizzazioni sindacali rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello di accordo regionale, come previsto dall'articolo 41.
11. I progetti devono prevedere adeguati meccanismi di verifica e di revisione di qualità, al fine di poter valutare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati da parte degli aderenti.
12. Fatte salve diverse indicazioni degli AAIIRR, per la esecuzione delle prestazioni protesiche (protesi dentarie ed implantologia, cure ortodontiche) ed attività ortesica di cui all'Allegato C dell'ACN 23 marzo 2005 e per le ore di incarico dedicate in modo esclusivo a tali attività, agli specialisti ambulatoriali spetta un emolumento aggiuntivo orario di euro 3,14.
13. Per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta agli specialisti ambulatoriali ed ai veterinari un compenso accessorio orario nella misura e con le modalità concordate nell'ambito degli accordi regionali. È riconosciuta inoltre l'indennità di bilinguismo in rapporto alle ore di incarico agli specialisti ambulatoriali e ai veterinari operanti nelle Aziende di Province e Regioni che ne prevedano l'erogazione a norma di legge.
14. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento di ulteriori attività, l'erogazione di specifiche prestazioni, compreso il possesso di specifici requisiti di qualità, e i relativi compensi.
15. Gli accordi regionali definiscono le modalità di organizzazione della attività dei medici veterinari e la loro tipologia.



16. A far data dal 1 gennaio 2019 agli specialisti ambulatoriali e veterinari a tempo indeterminato è corrisposta una indennità annua per ora definita ai sensi dell'articolo 45.
17. I compensi di cui al presente articolo sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

C – MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Il compenso mensile deve essere pagato allo specialista ambulatoriale e al veterinario entro la fine del mese di competenza.



ART. 44 – COMPENSI PER I PROFESSIONISTI A TEMPO INDETERMINATO.

1. Il trattamento economico dei professionisti si articola in:
   a) quota oraria;
   b) quota variabile, nell'ambito dei programmi regionali ed aziendali, finalizzata al raggiungimento di standard organizzativi, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di qualificazione, appropriatezza.

A - QUOTA ORARIA

1. Il compenso orario dei professionisti (biologi, psicologi e chimici) incaricati a tempo indeterminato è pari ad euro 24,23 (ventiquattro/23) per ogni ora di attività.
2. Al compenso di cui al comma 1, vanno aggiunte ulteriori quote in relazione alle anzianità di servizio maturate fino alla data del 31 dicembre 1998 e pari a: euro 0,042 per mese di servizio, fino al 192esimo mese; euro 0,022 per mese dal 193esimo.
3. Per l'attività svolta dal professionista nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle 6 il compenso orario di cui al presente articolo è maggiorato nella misura di euro 5,835.
4. Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è pari ad euro 9,725.

B - QUOTA VARIABILE

1. Le quote già destinate ai professionisti dal 01.01.2004 per:
   a) la partecipazione a programmi o progetti regionali e aziendali con particolare attenzione alla salvaguardia della salute pubblica anche relativamente a situazioni di emergenza sanitaria e di realizzazione di "Progetti obiettivo" previsti dal PSN;
   b) il raggiungimento degli obiettivi dei programmi regionali ed aziendali e il rispetto da parte del professionista dei livelli di spesa programmata;
   c) la partecipazione a programmi e progetti finalizzati all'abbattimento delle liste di attesa;
   d) le attività esterne di cui all'articolo 32;
   e) le prestazioni oltre l'orario di incarico di cui all'articolo 29, comma 6;
   f) l'indennità specifica di categoria di cui all'articolo 50, comma 3;
   g) le spese di viaggio relative ad incarichi svolti in Comune diverso da quello di residenza di cui all'articolo 51;

   costituiscono un fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie, non riassorbibile, quantificato in ogni Regione sulla base di euro 3,205 per ora di attività. Tale fondo è aumentato di euro 0,245 dal 31.12 2004 e di euro 0,22 dal 31.12.2005.

   Le risorse di tale Fondo sono ripartite in favore di tutti i professionisti mediante l'attribuzione di una quota oraria e/o per obiettivi definita dagli AAIIRR in ragione dell'impegno degli stessi e comunque in misura non inferiore a quella erogata in acconto.



2. Il fondo di cui al comma 1 è integrato con le quote di anzianità resesi disponibili fino alla data del 31 dicembre 2009 per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli professionisti; tale fondo è ripartito sulla base degli accordi regionali, fatti salvi i livelli retributivi come determinati dal D.P.R. 446/2001.
3. In ciascuna Regione, il fondo di cui al comma 1 è incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel D.P.R. 21 settembre 2001, n. 446, per effetto degli accordi regionali vigenti al 23 marzo 2005, inerenti ai programmi e progetti finalizzati di cui all'articolo 41.
4. Dal 1.1.2004 tutti i professionisti convenzionati a tempo indeterminato e determinato ai sensi del presente Accordo, partecipano al riparto del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie, mediante attribuzione di una quota oraria e/o per obiettivi definita dagli accordi regionali.
5. Per il 2004 e fino alla definizione degli accordi regionali a ciascun professionista titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato e determinato è riconosciuta comunque, a titolo d'acconto, una quota oraria di ponderazione di euro 1,75 dal 31.12.2005.
6. A far data dal 1 gennaio 2010 le Regioni, per i relativi accordi decentrati, dispongono di una quota per ora pari ad euro 0,33 (zero/33) per i professionisti (biologi, psicologi e chimici) a tempo indeterminato, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 5, ACN 8 luglio 2010.

   A far data dal 01/01/2019 tale quota è aumentata di euro 0,13 (zero/13). Dalla medesima data le Regioni dispongono anche di una ulteriore quota per ora pari ad euro 0,13 (zero/13) finalizzata all'attuazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4.

   Tali risorse, dal 01/01/2019, sono preventivamente decurtate, per ciascun anno, delle risorse necessarie al finanziamento di cui all'articolo 8, comma 8 del presente Accordo.
7. Per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'articolo 4, per la partecipazione alla realizzazione di progetti obiettivo, attività di prevenzione, per le attività in telemedicina, a far data dal 1 gennaio 2021 è istituito un fondo pari ad euro 0,26 (zero/26) per ogni ora di attività. Tale fondo è ripartito ai professionisti in due quote semestrali, la prima erogata a titolo di acconto con la retribuzione del mese di giugno, la seconda erogata con la retribuzione del mese di dicembre. Le Aziende, in coerenza con la programmazione regionale, definiscono entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN gli obiettivi specifici con indicatori di *performance* che consentiranno, al 31 dicembre di ogni anno, la valutazione del risultato conseguito e il conseguente conguaglio, ovvero la ripetizione totale o parziale di quanto erogato in acconto a giugno, da effettuarsi unitamente all'acconto dell'anno successivo. In attesa della identificazione degli obiettivi e degli indicatori di *performance* l'Azienda ripartisce il fondo di cui al presente comma assegnandolo sulla base di ciascuna ora di attività svolta.
8. Ai professionisti spetta il compenso previsto dal nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 41, comma 3.

   Agli psicologi spettano i compensi previsti per le prestazioni di particolare interesse (P.P.I.) di cui all'articolo 41, comma 4. Per tali prestazioni, a far data dal 1 gennaio 2019 le Aziende dispongono di una quota per ora pari ad euro 0,03 (zero/03) da destinare agli psicologi a tempo indeterminato. Tali risorse sono integrate con le quote eventualmente non assegnate ai sensi dell'articolo 45.



9. Gli obiettivi da raggiungere da parte dei professionisti sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o Distretto e organizzazioni sindacali rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello di Accordo Integrativo Regionale, come previsto dall'articolo 41.
10. I progetti devono prevedere adeguati meccanismi di verifica e di revisione di qualità, al fine di poter valutare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati dai professionisti aderenti.
11. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento di ulteriori attività, l'erogazione di specifiche prestazioni, compreso il possesso di specifici requisiti di qualità, e i relativi compensi.
12. A far data dal 1 gennaio 2019 ai professionisti a tempo indeterminato è corrisposta una indennità annua per ora definita ai sensi dell'articolo 45.
13. I compensi di cui al presente articolo sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.

C – MODALITÀ DI PAGAMENTO

1. Il compenso mensile deve essere pagato al professionista entro la fine del mese di competenza.



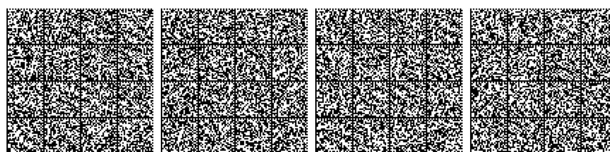
ART. 45 – INDENNITÀ DI DISPONIBILITÀ.

1. Allo scopo di incentivare lo svolgimento del rapporto di lavoro nell'ambito del S.S.N. dello specialista ambulatoriale, del veterinario e del professionista e l'ampliamento orario di incarico, agevolando l'attuazione di quanto previsto, in particolare, dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), è istituita una indennità di disponibilità del rapporto convenzionale degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti (biologi, chimici, psicologi).
2. L'indennità di cui al comma 1 è strettamente connessa allo svolgimento di incarichi di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista convenzionato con il SSN ed è erogata, come emolumento aggiuntivo della quota oraria ai soli titolari di incarico a tempo indeterminato che nell'anno non svolgano attività libero professionale, fatto salvo quanto previsto al precedente articolo 42.
3. L'indennità di cui al presente articolo è corrisposta mensilmente agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari ed ai professionisti a tempo indeterminato con rapporto di lavoro di almeno 12 ore settimanali instaurato con una o più Aziende.
4. Per la determinazione dell'importo dell'emolumento aggiuntivo della quota oraria di cui al comma 2, le Regioni dispongono di un fondo annuo stabilito, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, in euro 0,39 (zero/39) per ora di attività.
5. Annualmente la Regione determina la quota oraria che viene assegnata dalle Aziende ai soli aventi titolo di cui al comma 2, secondo i criteri definiti nei seguenti commi.
6. Il fondo annuo regionale, come determinato ai sensi del comma 4, viene ripartito annualmente sulla base del numero delle ore di incarico relative al precedente anno solare degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti di cui al comma 2.
7. La quota oraria derivante dal calcolo di cui al comma 5 è assegnata, come disposto al comma 2, agli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti aventi diritto nel limite massimo di euro 8,60 (otto/60) per ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda. L'erogazione è subordinata alla presentazione entro il 15 gennaio di ogni anno, presso ciascuna Azienda in cui è instaurato l'incarico, di una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'esclusività del rapporto di lavoro.
8. Il venir meno di quanto previsto al comma 2 del presente articolo, o la mancata accettazione del completamento orario di cui all'articolo 20, comma 5, comporta l'immediata revoca del diritto a percepire l'indennità di cui al presente articolo e la restituzione di quanto già corrisposto nell'anno.
9. Allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista con riduzione dell'orario di incarico ai sensi dell'articolo 31, comma 5 del presente Accordo e sino ad un eventuale successivo incremento orario come previsto dall'articolo 20, comma 5, ovvero allo specialista ambulatoriale che fruisca dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), non spetta l'indennità di cui al presente articolo.



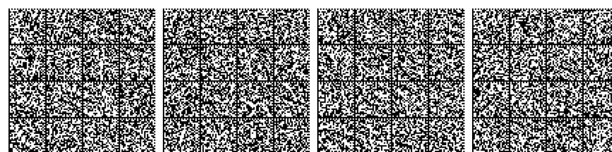
ART. 46 – COMPENSO PER L'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ PSICOTERAPEUTICA.

1. Agli psicologi abilitati all'espletamento di attività psicoterapeutica, che svolgano tale attività ai sensi della vigente normativa in materia, è corrisposto un compenso aggiuntivo di euro 6,50 per ogni ora destinata a tale attività, ferma restando la necessaria dimostrazione e certificazione risultante dal piano di trattamento.



ART. 47 – PREMIO DI COLLABORAZIONE PER INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO.

1. Agli specialisti ambulatoriali incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario di cui all'articolo 43, lettera A, commi 1 e 2 e lettera B, comma 5.
2. Ai professionisti incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario di cui all'articolo 44, lettera A, commi 1 e 2 e lettera B, comma 5.
3. Ai veterinari incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso orario di cui all'articolo 43, lettera A, comma 1.
4. Il premio di collaborazione sarà liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.
5. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista che cessano dal servizio prima del 31 dicembre il premio verrà calcolato e liquidato all'atto della cessazione del servizio.



ART. 48 – PREMIO DI OPEROSITÀ PER INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO.

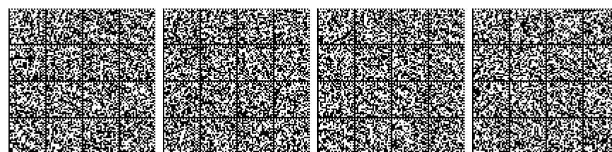
1. A tutti gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti che svolgono la loro attività ai sensi del presente Accordo, con incarico a tempo indeterminato, alla cessazione del rapporto convenzionale spetta, dopo un anno di servizio, un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato.
2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.
3. Ciascuna mensilità, calcolata in base al trattamento economico in vigore al momento della cessazione del rapporto, è ragguagliata alle ore effettive di attività ambulatoriale svolta dallo specialista ambulatoriale, dal veterinario e dal professionista in ogni anno di servizio sulla base delle ore di incarico formalmente assegnate e retribuite.
4. Ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.
5. Nel caso in cui, nel corso del rapporto di lavoro, fossero intervenute delle variazioni nell'orario settimanale di attività, il premio per ogni anno di servizio dovrà essere calcolato in base agli orari di attività effettivamente osservati nei diversi periodi dell'anno solare.
6. Il premio di operosità per gli specialisti ambulatoriali è calcolato sul compenso orario di cui all'articolo 43, lettera A, commi 1 e 2, all'articolo 43, lettera B, comma 5 e sul premio di collaborazione.
7. La corresponsione del premio di operosità è dovuta dalle Aziende in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al D.P.R. n. 884/84, che qui si intendono integralmente richiamati.
8. Per i professionisti, il premio di operosità è calcolato sul compenso orario di cui all'articolo 44, lettera A, commi 1 e 2, all'articolo 44, lettera B, comma 5 e sul premio di collaborazione.
9. Per i professionisti già convenzionati ai sensi del D.P.R. 21 settembre 2001, n. 446, ai fini della corresponsione del premio di operosità, non è computabile l'attività lavorativa precedente alla data di entrata in vigore del citato D.P.R.
10. Per i veterinari, il premio di operosità è calcolato sul compenso orario di cui all'articolo 43, lettera A, comma 1 e sul premio di collaborazione. Ai fini della corresponsione del premio di operosità è computabile esclusivamente l'attività lavorativa svolta in regime di convenzionamento con il SSN successivamente all'entrata in vigore dell'ACN 1 marzo 2006.
11. Il premio è corrisposto entro sei mesi dalla cessazione del rapporto.



ART. 49 – COMPENSI PER INCARICHI A TEMPO DETERMINATO ED INCARICHI PROVVISORI.

1. Il compenso orario degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti incaricati a tempo determinato è pari ad euro 42,03 (quarantadue/03) per ogni ora di attività effettivamente espletata ai sensi del presente Accordo.
2. Agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari e ai professionisti di cui al comma 1 è corrisposta l'indennità di cui all'articolo 50, se dovuta.
3. Il compenso mensile è corrisposto nel mese di competenza.
4. Per la remunerazione dell'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali, dai veterinari e dai professionisti nei giorni festivi e nelle ore notturne, si applicano rispettivamente l'articolo 43, lettera A, commi 3 e 4 e l'articolo 44, lettera A, commi 3 e 4, nei limiti dei tetti di impegno finanziario stabiliti, rispettivamente, dal fondo di cui all'articolo 43, comma 1, lettera B), punti 1, 2 e 3, e dal fondo di cui all'articolo 44, comma 1, lettera B), punti 1, 2 e 3.
5. Per le eventuali prestazioni domiciliari svolte dagli specialisti ambulatoriali e dai professionisti si applicano i commi 6 e 8 dell'articolo 32, nei limiti dei tetti di impegno finanziario stabiliti, rispettivamente, dal fondo di cui all'articolo 43, comma 1, lettera B), punti 1, 2 e 3, e dal fondo di cui all'articolo 44, comma 1, lettera B), punti 1, 2 e 3.
6. Per la quota variabile si rinvia alle eventuali specifiche previsioni dell'articolo 43, lettera B e dell'articolo 44, lettera B.
7. A far data dal 1 gennaio 2010, le Regioni, per i relativi accordi decentrati, dispongono di una quota per ora pari ad euro 0,44 (zero/44) per gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti incaricati a tempo determinato, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 5, ACN 8 luglio 2010.

   A far data dal 01/01/2019 tale quota è aumentata di euro 0,32 (zero/32). Dalla medesima data le Regioni dispongono anche di una ulteriore quota per ora pari ad euro 0,32 (zero/32) finalizzata all'attuazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4.
8. Allo specialista ambulatoriale e al veterinario incaricato in via provvisoria spettano: il compenso di cui all'articolo 43, lettera A, comma 1, il rimborso delle spese di viaggio secondo l'articolo 51 e l'indennità di cui all'articolo 50 secondo le modalità del presente Accordo, se dovuta.
9. Al professionista incaricato in via provvisoria spettano: il compenso di cui all'articolo 44, lettera A, comma 1, il rimborso delle spese di viaggio secondo l'articolo 51 e l'indennità di cui all'articolo 50 del presente Accordo, se dovuta.
10. I compensi di cui al presente articolo sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda.



ART. 50 – INDENNITÀ PROFESSIONALE SPECIFICA E INDENNITÀ DI RISCHIO.

1. L'indennità professionale specifica viene corrisposta, nella misura di 103,29 euro lordi per 12 mensilità e con la cadenza temporale prevista per i medici ospedalieri, agli specialisti ambulatoriali professionalmente esposti in modo permanente al rischio radiologico di cui al D.Lgs. 31 luglio 2020, n. 101 ed alla Legge n. 460/88 in quanto tenuti a prestare la propria opera in zona controllata.
2. Per gli specialisti ambulatoriali e i veterinari che non operano in maniera costante in zona controllata è corrisposta l'indennità di cui al comma 1 per rischio radiologico previo accertamento da parte di un'apposita Commissione. La Commissione è composta dal Direttore sanitario, che la presiede, da uno specialista radiologo designato dall'Azienda, da tre rappresentanti degli specialisti ambulatoriali designati dai membri di parte medica in seno al Comitato zonale di cui all'articolo 18 e da due esperti qualificati nominati dal Direttore generale dell'Azienda.
3. Ai biologi e ai chimici convenzionati è corrisposta un'indennità di rischio nella misura di 103,29 euro lordi per 12 mensilità con le modalità eventualmente previste per il corrispondente profilo professionale presso le Aziende sanitarie.



ART. 51 – RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO.

1. Per incarichi svolti in Comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nello stesso ambito zonale, allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista viene corrisposto per ogni accesso un rimborso spese. Tale rimborso, pari ad euro 0,275 per chilometro alla data del 1° gennaio 2000, viene rideterminato con cadenza semestrale al 1° gennaio e al 1° luglio limitatamente al 50% sulla base del prezzo "ufficiale" della benzina verde per uguale importo in percentuale. La SISAC pubblica, con le medesime cadenze, il valore del rimborso chilometrico.

2. La misura del rimborso spese è proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in Comune più vicino a quello del presidio. Rimane invece invariata qualora lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista trasferisca la propria residenza in Comune sito a uguale o maggiore distanza da quello sede del posto di lavoro.



ART. 52 – ASSICURAZIONI CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI.

1. L'Azienda, sentiti i sindacati di cui all'articolo 14, comma 4, provvede ad assicurare gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti comunque operanti, sia in attività istituzionale o in *intramoenia*, negli ambulatori e nelle altre strutture aziendali, contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale ai sensi del presente Accordo, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio, sempreché il servizio sia prestato in Comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna ai sensi dell'articolo 32; sono compresi i danni comunque verificatisi nell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale.
2. Le polizze sono stipulate per i seguenti massimali:
   a) per la responsabilità verso terzi:

      euro 1.549.370,68 per sinistro

      euro 1.032.913,80 per persona

      euro 516.456,90 per danni a cose o ad animali

   b) per gli infortuni: euro 1.032.913,80 per morte o invalidità permanente; euro 154,94 giornalieri per un massimo di 300 giorni per invalidità temporanea e con decorrenza dalla data di inizio dell'invalidità. L'indennità giornaliera è ridotta al 50% per i primi tre mesi.
3. Le relative polizze sono trasmesse ai sindacati di cui all'articolo 14, comma 4.
4. Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti che ai sensi e nei modi di cui all'articolo 50 vengono individuati quali esposti alle radiazioni ionizzanti, sono assicurati obbligatoriamente presso l'INAIL a cura della Azienda.
5. L'Azienda e gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti attuano, per quanto di competenza, le disposizioni di cui alla L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".



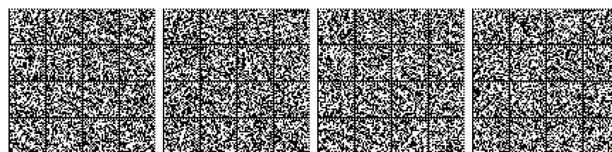
ART. 53 – CONTRIBUTO PREVIDENZIALE.

1. A favore degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti che prestano la loro attività ai sensi del presente Accordo l'Azienda versa mensilmente con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e dello specialista ambulatoriale o professionista cui si riferiscono, un contributo previdenziale con quota parte a carico dell'Azienda pari al 14,19%, calcolato su tutti i compensi di cui al presente Accordo, ad esclusione dei rimborsi spese. L'aliquota previdenziale a carico dello specialista ambulatoriale e del professionista è stabilita dal rispettivo Ente di previdenza, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.
2. Per gli specialisti ambulatoriali il contributo, con la specificazione del numero di codice fiscale e di codice individuale ENPAM, è versato al Fondo speciale dei medici ambulatoriali gestito dall'ENPAM, di cui al Decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni.
3. Per i veterinari ed i professionisti incaricati ai sensi del presente Accordo l'Azienda versa il contributo alle rispettive casse previdenziali (ENPAV, ENPAB, ENPAP, EPAP).
4. In materia si applicano le disposizioni del Decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale in data 7 ottobre 1989, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 249 del 24 ottobre 1989.



ART. 54 – ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP).

1. Al fine di favorire il ricambio generazionale, è prevista l'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato agli specialisti, inseriti nella graduatoria di cui all'articolo 19, alle condizioni e con le modalità previste nei successivi commi.
2. L'incarico di cui al comma 1 è conferito a seguito della contestuale riduzione del numero di ore da parte di specialisti ambulatoriali a tempo indeterminato titolari di incarico di almeno 20 ore settimanali, in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria, anche anticipata, presso la Fondazione ENPAM, che richiedano a tale Ente, senza cessare l'attività, un Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) (modulo A).
3. Lo specialista ambulatoriale, che si renda disponibile alla contrazione del numero di ore di incarico di cui al comma 2 e che abbia ottenuto dall'ENPAM l'autorizzazione alla APP, deve presentare alla Azienda di appartenenza specifica richiesta di riduzione del 50 per cento delle ore di incarico (modulo B).
4. L'Azienda decide in merito alla richiesta entro 60 (sessanta) giorni dalla presentazione della domanda da parte dello specialista.
5. In caso di autorizzazione alla procedura, l'Azienda assicura il mantenimento delle risorse resesi disponibili per effetto del comma 3 da utilizzare per l'assegnazione di nuovo incarico, anche in branca differente, allo specialista aspirante all'incarico APP.
6. Il monte ore individuato ai sensi del comma precedente è assegnato dall'Azienda, contestualmente alla riduzione dell'orario dello specialista ambulatoriale di cui al comma 2, allo specialista incaricato APP che non abbia altri incarichi ai sensi del presente Accordo e secondo l'ordine di graduatoria di cui all'articolo 19.
7. Fino alla data di decorrenza del trattamento pensionistico ENPAM, cui corrisponde anche l'entrata in servizio dello specialista incaricato APP, lo specialista ambulatoriale di cui al comma 2 è tenuto ad assicurare l'intero orario di incarico.
8. Lo specialista ambulatoriale di cui al comma 2 non può partecipare al completamento orario e all'assegnazione di altri incarichi.
9. Il modulo B di cui al presente articolo è pubblicato sul sito *web* della SISAC (http://www.sisac.info), il modulo A è predisposto e pubblicato a cura dell'Ente di previdenza.



NORME FINALI

Norma finale n.1

Agli specialisti ambulatoriali di cui al presente Accordo, operanti presso gli enti di cui all'articolo 27, comma 1, lettera f), non si applica l'incompatibilità prevista dal citato articolo, purché ai medesimi l'incarico sia stato conferito dai suddetti enti all'epoca in cui gli stessi adottavano la regolamentazione dei rapporti ai sensi degli Accordi nazionali *ex* art. 48 della Legge n. 833/1978.

Norma finale n. 2

1. In deroga al disposto dell'articolo 27, comma 1, lettere b) e j), sono fatte salve le situazioni legittimamente acquisite ai sensi dell'articolo 4, comma 3, punti 1 e 2, del Decreto del Presidente della Repubblica n. 291/87.
2. In deroga al disposto dell'articolo 27, comma 1, lettera d) sono fatti salvi gli incarichi concomitanti di specialista ambulatoriale convenzionato di pediatria e di pediatra di libera scelta già esistenti alla data del 15 dicembre 2005.
3. Salve le norme in materia di limitazione di orario, l'incompatibilità di cui all'articolo 27, comma 1, lettera i), non si applica agli specialisti ambulatoriali che si trovano nelle condizioni già previste alla data di pubblicazione dell'Accordo di cui al D.P.R. 291/87.
4. In deroga al disposto di cui all'articolo 28, comma 1, sono fatte salve, nei limiti di 48 ore settimanali di attività per incarico ambulatoriale sommata ad altra attività compatibile svolta in base ad altro rapporto, le posizioni legittimamente acquisite alla data di pubblicazione del D.P.R. n. 291/87.

Norma finale n. 3

1. Per gli specialisti ambulatoriali sono confermate *ad personam* le posizioni non conformi al disposto dell'articolo 9, comma 3, del D.P.R. 316/90 esistenti alla data di pubblicazione del citato D.P.R. fatta salva la possibilità di adottare i provvedimenti di cui all'articolo 30 del presente Accordo.
2. Per i professionisti sono confermate *ad personam* le posizioni contrattuali di miglior favore già derivanti dall'applicazione delle norme finali dei DD.PP.RR. 261/92, 255/88, 262/92.

Norma finale n. 4

In deroga a quanto previsto dal comma 1 dell'articolo 51 il rimborso spese di viaggio continua ad essere corrisposto agli specialisti ambulatoriali che ne fruiscano per incarichi acquisiti prima del 28 dicembre 1984. Nel caso di costituzione di nuove province successivamente alla data del 1° gennaio 1998, l'indennità di accesso viene comunque mantenuta agli specialisti che già ne beneficiano.

Norma finale n. 5

1. Salvo quanto previsto all'articolo 21, comma 6, lettera a), sono confermati per i sanitari addetti alla medicina generale ambulatoriale, i contenuti della norma finale annessa al D.P.R. n. 291/87.



2. Anche ai sanitari di cui al comma 1, può essere attribuito il coordinamento funzionale e gestionale di strutture specialistiche ambulatoriali e distrettuali, compresi gli aspetti di integrazione funzionale con gli altri servizi specialistici aziendali, con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

Norma finale n. 6

I requisiti di cui all'articolo 19, comma 4 riguardano solo gli specialisti, i veterinari o i professionisti aspiranti all'iscrizione in graduatoria e non i titolari di incarico a tempo indeterminato, i quali possono continuare a concorrere a tutte le procedure previste dal presente Accordo ad essi riservate.

Norma finale n. 7

Per gli incarichi riferiti alla branca di Odontoiatria, il criterio di priorità dell'anzianità di specializzazione è applicato solo in caso di possesso del titolo di specializzazione.



NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

Fino alla individuazione del referente di AFT, il soggetto competente ai sensi dell'articolo 39, comma 5, lettera a) è il coordinatore distrettuale o aziendale o, in assenza, il componente dell'UPDC in rapporto di convenzionamento di cui all'articolo 39, comma 5, lettera b) del presente Accordo.

Norma transitoria n. 2

In attuazione dell'articolo 4, comma 9-octiesdecies del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito in Legge 24 febbraio 2023, n. 14, le Aziende, in assenza di offerta di specialisti disponibili, possono trattenere in servizio a richiesta degli interessati gli specialisti ambulatoriali in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza, fino al compimento del settantaduesimo anno di età e comunque non oltre il 31 dicembre 2026.

Norma transitoria n. 3

I requisiti per l'iscrizione alla graduatoria di Odontoiatria di cui all'articolo 19, comma 4, lettera d) del presente Accordo si applicano a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo. Fino ad allora continua ad applicarsi la norma finale n. 7 dell'ACN 31 marzo 2020 e s.m.i.



DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a verbale n. 1

1. Le parti raccomandano che il presente Accordo venga recepito dall'INAIL, dagli Enti locali, dal Ministero della difesa, dal SASN e da tutte le istituzioni pubbliche che utilizzano specialisti ambulatoriali, veterinari e altri professionisti e che conferiscano nuovi incarichi a tempo indeterminato ed utilizzino la graduatoria di cui all'articolo 19, dopo aver espletato le procedure per gli aumenti di orario agli specialisti già incaricati.

Dichiarazione a verbale n. 2

Il terminale associativo è una struttura sindacale dotata del potere di rappresentanza della sigla a livello negoziale di riferimento (nazionale, regionale, aziendale). Si estrinseca nella sussistenza di una struttura organizzativa caratterizzata da una pluralità di componenti, operanti per ciascun livello negoziale ed eletti nel rispetto del principio di democraticità interno quali rappresentanti di un'unica organizzazione sindacale accreditata presso le amministrazioni di riferimento.

Dichiarazione a verbale n. 3

Le parti firmatarie del presente Accordo dichiarano la volontà a incontrarsi nuovamente qualora dovessero realizzarsi le condizioni che richiedono un adeguamento negoziale normativo ed economico in attuazione di uno specifico atto di indirizzo emanato dal Comitato di Settore. In particolare, per garantire l'omogeneità degli istituti negoziali relativi agli assetti organizzativi dell'assistenza territoriale, le parti si impegnano all'adeguamento del presente Accordo con quanto deriverà dai successivi Accordi per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta.

Dichiarazione a verbale n. 4

Le parti concordano di avviare un percorso di allineamento dei trattamenti economici delle varie figure professionali.

Dichiarazione a verbale n. 5

Considerate le particolari condizioni lavorative, le parti prendono atto della necessità di valutare interventi volti a favorire lo sviluppo dell'assistenza nell'ambito della sanità penitenziaria.

Dichiarazione a verbale n. 6

Il presente Accordo è stato sottoscritto in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in conformità con le disposizioni del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, ed è da considerare come base per il successivo ACN 2022-2024.

Nell'ambito dell'ammodernamento tecnologico previsto dal PNRR, le parti confidano in finanziamenti destinati al potenziamento dell'assistenza territoriale.



Dichiarazione a verbale n. 7

Le Aziende valutano la possibilità di articolare l'orario di attività delle specialiste ambulatoriali, veterinarie e professioniste per favorire l'allattamento dei figli fino al compimento del primo anno di età, nonché di consentire alle stesse la fruizione di servizi, eventualmente già attivati per le lavoratrici dipendenti, connessi alla maternità e alla prima infanzia dei figli.

Dichiarazione a verbale n. 8

Le parti dichiarano la volontà di voler avviare un percorso di incentivazione del trattamento economico legato ai compensi per attività notturna, festiva, sede disagiata, attività presso gli Istituti penitenziari e bilinguismo.



ALLEGATI

ALLEGATO 1 – TITOLI E CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI CUI ALL'ARTICOLO 19.

TITOLI ACCADEMICI

VOTO DI LAUREA

Medici Specialisti, Odontoiatri, Veterinari, Biologi, Chimici, Psicologi

Voto di laurea 110/110 e lode o 100/100 e lode	punteggio 3,00
Voto di laurea da 101/110 a 110/110 o da 91/100 a 100/100	punteggio 2,00

a) **MEDICI SPECIALISTI- ODONTOIATRI - VETERINARI**

1. Specializzazioni in branche specialistiche:

- specializzazione / titolo di cui all'art. 19, comma 4, lett. d)	punteggio 3,00
- specializzazione nella branca di odontoiatria di cui all'Allegato 2 del presente Accordo:	punteggio 6,00
- per ogni ulteriore specializzazione	punteggio 1,00

2. Voto di specializzazione:

- con lode (una sola volta)	punteggio 3,00
- con il massimo dei voti (una sola volta)	punteggio 2,00

b) **BIOLOGI - CHIMICI - PSICOLOGI**

1. Specializzazioni:

- specializzazione / titolo di cui all'art. 19, comma 4, lett. d)	punteggio 3,00
- per ogni ulteriore specializzazione	punteggio 1,00

2. Voto di specializzazione:

- con lode (una sola volta)	punteggio 3,00
- con il massimo dei voti (una sola volta)	punteggio 2,00



TITOLI PROFESSIONALI

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, ODONTOIATRI, VETERINARI, BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI

Sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, presso Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del presente Accordo (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc):

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- per ciascuna ora di attività svolta punteggio 0,003

A parità di punteggio prevale l'anzianità di specializzazione, di laurea e in subordine la minore età.

Qualora l'attività svolta dal medico veterinario sia retribuita a prestazione le Regioni definiscono l'assegnazione del punteggio con un criterio di equivalenza all'attività oraria

In caso di cessazione dell'incarico a tempo indeterminato allo specialista, veterinario o professionista che intenda iscriversi nuovamente nelle graduatorie è riconosciuto il seguente punteggio per la pregressa attività svolta:

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- per ciascuna ora di attività svolta punteggio 0,003.



ALLEGATO 2 – ELENCO BRANCHE SPECIALISTICHE E SPECIALIZZAZIONI PROFESSIONALI.

a) Branche specialistiche

ALLERGOLOGIA

Specializzazioni

1) Allergologia
2) Allergologia e immunologia
3) Allergologia e immunologia clinica

ANATOMIA PATOLOGICA

Specializzazioni

1) Anatomia ed istologia patologica
2) Anatomia ed istologia patologica e tecnica di laboratorio
3) Anatomia ed istologia patologica ed analisi cliniche
4) Anatomia patologica
5) Anatomia patologica e tecnica di laboratorio
6) Citodiagnostica
7) Citologia

ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE

Specializzazioni

1) Anestesia
2) Anestesia e rianimazione
3) Anestesia generale e speciale odontostomatologica
4) Anestesiologia
5) Anestesiologia e rianimazione
6) Anestesiologia generale e speciale odontostomatologica
7) Anestesia rianimazione e terapia intensiva
8) Anestesia rianimazione, terapia intensiva e del dolore
9) Anestesiologia, rianimazione e terapia intensiva
10) Rianimazione
11) Rianimazione e terapia intensiva

ANGIOLOGIA

Specializzazioni

1) Angiologia
2) Angiologia e chirurgia vascolare



3) Angiologia medica
4) Cardiologia e malattie dei vasi
5) Malattie cardiovascolari
6) Malattie cardiovascolari e reumatiche
7) Malattie dell'apparato cardiovascolare
8) Vasculopatie

AUDIOLOGIA E FONIATRIA

Specializzazioni

1) Audiologia
2) Audiologia e foniatria
3) Foniatria
4) Foniatria ed olfattometria

BIOCHIMICA CLINICA

Specializzazioni

1) Analisi chimico cliniche
2) Analisi chimico cliniche e microbiologiche
3) Analisi cliniche di laboratorio
4) Biochimica analitica
5) Biochimica clinica
6) Biochimica e chimica clinica
7) Biologia clinica
8) Chimica analitica
9) Chimica biologica o biochimica
10) Farmacologia e tossicologia clinica
11) Farmacologia medica
12) Genetica medica
13) Igiene: indirizzo laboratorio di sanità pubblica
14) Medici laboratoristi
15) Medicina di laboratorio: biochimica clinica e biologia molecolare
16) Microbiologia
17) Microbiologia e virologia
18) Microbiologia medica
19) Patologia clinica
20) Patologia clinica e biochimica clinica



21) Patologia generale

22) Semeiotica e diagnostica di laboratorio

23) Settore laboratorista

24) Settori e medici laboratoristi ospedalieri

25) Tossicologia

26) Virologia

CARDIOCHIRURGIA

Specializzazioni

1) Cardio-angio-chirurgia
2) Cardiochirurgia
3) Chirurgia cardiaca
4) Chirurgia cardiovascolare
5) Chirurgia del cuore e dei grossi vasi

CARDIOLOGIA

Specializzazioni

1) Cardio-angiopatie
2) Cardiologia
3) Cardiologia e malattie dei vasi
4) Cardiologia e reumatologia
5) Cardio-reumatologia
6) Fisiopatologia cardiocircolatoria
7) Fisiopatologia cardiovascolare
8) Malattie cardiache
9) Malattie cardiovascolari
10) Malattie cardiovascolari e reumatiche
11) Malattie dell'apparato cardiovascolare
12) Malattie dell'apparato cardiovascolare e malattie dei vasi
13) Medicina d'emergenza-urgenza

CHIRURGIA GENERALE

Specializzazioni

1) Anatomia chirurgica e corso di operazioni
2) Chirurgia
3) Chirurgia d'urgenza
4) Chirurgia d'urgenza e di pronto soccorso



5) Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva
6) Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva chirurgica
7) Chirurgia dell'apparato digerente
8) Chirurgia di pronto soccorso
9) Chirurgia gastroenterologica
10) Chirurgia generale
11) Chirurgia generale d'urgenza e pronto soccorso
12) Chirurgia generale e terapia chirurgica
13) Chirurgia geriatrica
14) Chirurgia interna
15) Chirurgia oncologica
16) Chirurgia oncologica e toracico polmonare
17) Chirurgia sperimentale
18) Chirurgia sperimentale e microchirurgia
19) Clinica chirurgica
20) Clinica chirurgica generale
21) Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica
22) Patologia chirurgica
23) Patologia speciale chirurgica
24) Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica
25) Semeiotica chirurgica
26) Tecniche semeiologiche speciali chirurgiche

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Specializzazioni

1) Chirurgia maxillo-facciale

CHIRURGIA PEDIATRICA

Specializzazioni

1) Chirurgia dell'infanzia
2) Chirurgia infantile
3) Chirurgia pediatrica
4) Clinica chirurgica infantile
5) Clinica chirurgica pediatrica



CHIRURGIA PLASTICA

Specializzazioni

1) Chirurgia plastica
2) Chirurgia plastica e riparatrice
3) Chirurgia plastica ricostruttiva
4) Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica

CHIRURGIA TORACICA

Specializzazioni

1) Chirurgia polmonare
2) Chirurgia toracica
3) Chirurgia toraco-polmonare

CHIRURGIA VASCOLARE

Specializzazioni

1) Angiologia e chirurgia vascolare
2) Chirurgia vascolare

CURE PALLIATIVE

Specializzazioni

1) Anestesia rianimazione e terapia intensiva
2) Anestesia rianimazione, terapia intensiva e del dolore
3) Anestesiologia e rianimazione
4) Ematologia
5) Geriatria
6) Malattie infettive
7) Malattie infettive e tropicali
8) Medicina di comunità e delle cure primarie
9) Medicina interna
10) Neurologia
11) Oncologia
12) Oncologia medica
13) Pediatria
14) Radioterapia

DERMATOLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica dermatologica e venereologia



2) Clinica dermosifilopatica
3) Clinica dermosifilopatica e venereologia
4) Dermatologia
5) Dermatologia e sifilografia
6) Dermatologia e sifilopatia
7) Dermatologia e venereologia
8) Dermosifilopatia
9) Dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica
10) Dermosifilopatia e venereologia
11) Malattie cutanee e veneree
12) Malattie della pelle e veneree
13) Malattie veneree e della pelle
14) Patologia e clinica dermosifilopatica

DIABETOLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica medica
2) Clinica medica e semeiotica
3) Clinica medica generale
4) Clinica medica generale e terapia medica
5) Diabetologia
6) Diabetologia e malattie del ricambio
7) Endocrinologia
8) Endocrinologia e malattie del ricambio
9) Endocrinologia e malattie metaboliche
10) Endocrinologia e medicina costituzionale
11) Endocrinologia e patologia costituzionale
12) Malattie del fegato e del ricambio
13) Malattie del rene, del sangue e del ricambio
14) Malattie del ricambio
15) Malattie del sangue e del ricambio
16) Malattie dell'apparato digerente e del ricambio
17) Malattie endocrine metaboliche
18) Medicina costituzionale ed endocrinologia
19) Medicina generale



20) Medicina interna
21) Patologia speciale e clinica medica
22) Patologia speciale medica
23) Patologia speciale medica e metodologia clinica
24) Patologia speciale medica e terapia medica
25) Scienza delle costituzioni ed endocrinologia
26) Semeiotica medica

EMATOLOGIA

Specializzazioni

1) Ematologia
2) Ematologia clinica
3) Ematologia clinica e di laboratorio
4) Ematologia generale
5) Ematologia generale clinica e di laboratorio
6) Malattie del rene, del sangue e del ricambio
7) Malattie del sangue
8) Malattie del sangue e degli organi emopoietici
9) Malattie del sangue e del ricambio
10) Malattie del sangue e dell'apparato digerente
11) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio
12) Malattie dell'apparato digerente e del sangue
13) Patologia del sangue e degli organi emopoietici

ENDOCRINOLOGIA

Specializzazioni

1) Endocrinologia
2) Endocrinologia e malattie del ricambio
3) Endocrinologia e malattie metaboliche
4) Endocrinologia e medicina costituzionale
5) Endocrinologia e patologia costituzionale
6) Malattie endocrine e metaboliche
7) Medicina costituzionale ed endocrinologia
8) Medicina costituzionalistica ed endocrinologia
9) Scienza delle costituzioni ed endocrinologia



FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA

Specializzazioni

1) Farmacologia
2) Farmacologia clinica
3) Farmacologia e tossicologia clinica
4) Farmacologia medica
5) Tossicologia
6) Tossicologia clinica
7) Tossicologia medica

FISICA SANITARIA

Specializzazioni

1) Fisica biomedica
2) Fisica medica
3) Fisica sanitaria
4) Medicina nucleare
5) Radiodiagnostica
6) Radioterapia

FISIOCHINESITERAPIA

Specializzazioni

1) Chinesiterapia
2) Chinesiterapia ortopedica e riabilitazione neuromotoria
3) Chinesiterapia, fisioterapia e ginnastica medica in ortopedia
4) Chinesiterapia, fisioterapia e riabilitazione dell'apparato motore
5) Chinesiterapia, fisioterapia, riabilitazione e ginnastica medica in ortopedia
6) Chinesiterapia, fisioterapia, riabilitazione e ginnastica medica
7) Fisiochinesiterapia
8) Fisiochinesiterapia e riabilitazione apparato motore
9) Fisiochinesiterapia e rieducazione neuromotoria
10) Fisiochinesiterapia ortopedica
11) Fisiopatologia e fisiokinesiterapia respiratoria
12) Fisioterapia
13) Fisioterapia e riabilitazione
14) Medicina fisica e riabilitativa
15) Medicina fisica e riabilitazione



16) Riabilitazione e ginnastica medica ortopedica
17) Terapia fisica
18) Terapia fisica e riabilitazione

GASTROENTEROLOGIA

Specializzazioni

1) Fisiopatologia digestiva
2) Gastroenterologia
3) Gastroenterologia e malattie dell'apparato digerente
4) Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
5) Malattie del fegato
6) Malattie del fegato e del ricambio
7) Malattie del ricambio e dell'apparato digerente
8) Malattie del sangue e dell'apparato digerente
9) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio
10) Malattie dell'apparato digerente
11) Malattie dell'apparato digerente e del ricambio
12) Malattie dell'apparato digerente e del sangue
13) Malattie dell'apparato digerente, della nutrizione e del ricambio
14) Medicina d'emergenza-urgenza

GENETICA MEDICA

Specializzazioni

1) Applicazioni biotecnologiche
2) Citogenetica umana
3) Genetica applicata
4) Genetica medica

GERIATRIA

Specializzazioni

1) Geriatria
2) Geriatria e gerontologia
3) Gerontologia e geriatria
4) Medicina d'emergenza-urgenza
5) Patologia geriatrica



IDROCLIMATOLOGIA

Specializzazioni

1) Idroclimatologia
2) Idroclimatologia clinica
3) Idroclimatologia e clinica termale
4) Idroclimatologia medica e clinica termale
5) Idrologia clinica
6) Idrologia medica
7) Idrologia medica e clinica termale
8) Idrologia, climatologia e talassoterapia
9) Idrologia, crenologia e climatologia

IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Specializzazioni

1) Epidemiologia
2) Igiene
3) Igiene e medicina preventiva
4) Igiene e odontoiatria preventiva e sociale con epidemiologia
5) Igiene e sanità pubblica
6) Igiene ed epidemiologia
7) Igiene epidemiologia e sanità pubblica
8) Igiene generale e speciale
9) Igiene pubblica
10) Metodologia epidemiologica ed igiene
11) Statistica sanitaria e biometria

MALATTIE INFETTIVE

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie infettive
2) Clinica delle malattie infettive e contagiose
3) Clinica delle malattie infettive e tropicali
4) Clinica delle malattie tropicali e infettive
5) Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
6) Malattie infettive
7) Malattie infettive e tropicali
8) Malattie tropicali e subtropicali



9) Medicina tropicale

MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Specializzazioni

1) Cardio-angiopatie
2) Cardiologia
3) Cardiologia e malattia dei vasi
4) Cardiologia e reumatologia
5) Chirurgia d'urgenza e di pronto soccorso
6) Chirurgia generale
7) Chirurgia generale d'urgenza e pronto soccorso
8) Clinica medica
9) Fisiopatologia
10) Fisiopatologia cardiocircolatoria
11) Fisiopatologia cardiovascolare
12) Fisiopatologia digestiva
13) Fisiopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria
14) Fisiopatologia respiratoria
15) Gastroenterologia
16) Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
17) Geriatria
18) Malattie cardiovascolari
19) Malattie cardiovascolari e reumatiche
20) Malattie del fegato e del ricambio
21) Malattie dell'apparato cardiovascolare
22) Malattie dell'apparato digerente
23) Malattie dell'apparato respiratorio
24) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
25) Medicina d'urgenza
26) Medicina d'emergenza-urgenza
27) Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza
28) Medicina generale
29) Medicina interna
30) Pronto soccorso e terapia d'urgenza
31) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio



MEDICINA INTERNA

Specializzazioni

1) Clinica medica
2) Clinica medica e semeiotica
3) Clinica medica generale
4) Clinica medica generale e terapia medica
5) Medicina generale
6) Medicina interna
7) Patologia speciale e clinica medica
8) Patologia speciale medica
9) Patologia speciale medica e metodologia clinica
10) Patologia speciale medica e terapia medica
11) Semeiotica medica

MEDICINA DEL LAVORO

Specializzazioni

1) Clinica del lavoro
2) Clinica delle malattie del lavoro
3) Fisiologia e igiene del lavoro industriale
4) Igiene industriale
5) Medicina del lavoro
6) Medicina del lavoro e assicurazioni
7) Medicina preventiva dei lavoratori
8) Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
9) Medicina preventiva delle malattie professionali e psico-tecniche
10) Tossicologia industriale

MEDICINA DELLO SPORT

Specializzazioni

1) Medicina dello sport
2) Medicina dello sport e dell'esercizio fisico
3) Medicina fisica e riabilitativa

MEDICINA DI COMUNITÀ

Specializzazioni

1) Medicina di comunità
2) Medicina di comunità e delle cure primarie



MEDICINA LEGALE

Specializzazioni

1) Medicina legale
2) Medicina legale del lavoro
3) Medicina legale e delle assicurazioni
4) Medicina legale e delle assicurazioni sociali
5) Medicina legale ed infortunistica

MEDICINA NUCLEARE

Specializzazioni

1) Fisica nucleare applicata alla medicina
2) Medicina nucleare
3) Radiologia medica e medicina nucleare
4) Radiologia medica e radioterapia

MEDICINA TRASFUSIONALE

Specializzazioni

1) Allergologia e immunologia clinica
2) Analisi chimico cliniche
3) Analisi chimico cliniche e microbiologiche
4) Biochimica clinica
5) Citogenetica umana
6) Ematologia
7) Ematologia clinica e di laboratorio
8) Ematologia generale e clinica di laboratorio
9) Genetica applicata
10) Genetica medica
11) Immunoematologia
12) Immunoematologia e trasfusione
13) Medici laboratoristi
14) Medicina trasfusionale
15) Patologia clinica
16) Patologia clinica e biochimica clinica
17) Patologia generale
18) Semeiotica e diagnostica di laboratorio



MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA

Specializzazioni

1) Microbiologia
2) Microbiologia e virologia
3) Microbiologia medica
4) Virologia

NEFROLOGIA

Specializzazioni

1) Emodialisi
2) Malattie del rene, del sangue e del ricambio
3) Nefrologia
4) Nefrologia chirurgica
5) Nefrologia di interesse chirurgico
6) Nefrologia medica

NEONATOLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica pediatrica
2) Neonatologia
3) Pediatria
4) Pediatria e puericultura
5) Pediatria preventiva e puericultura
6) Pediatria preventiva e sociale
7) Pediatria sociale e puericultura
8) Puericultura
9) Puericultura e dietetica infantile
10) Puericultura ed igiene infantile
11) Puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia

NEUROCHIRURGIA

Specializzazioni

1) Neurochirurgia

NEUROFISIOPATOLOGIA

Specializzazioni

1) Neurofisiologia clinica
2) Neurofisiopatologia



3) Neurologia

4) Neuropatologia

NEUROLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie nervose e mentali

2) Clinica neurologica

3) Clinica neurologica e malattie mentali

4) Clinica neuropatologica

5) Clinica neuropsichiatrica

6) Clinica neuropsichiatrica e neuropatologia

7) Malattie nervose

8) Malattie nervose e mentali

9) Neurofisiologia clinica

10) Neurofisiopatologia

11) Neurologia

12) Neurologia e psichiatria

13) Neuropatologia

14) Neuropatologia e psichiatria

15) Neuropsichiatria

16) Psichiatria e neuropatologia

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Specializzazioni

1) Neuropsichiatria infantile

NEURORADIOLOGIA

Specializzazioni

1) Neuroradiologia

2) Radiologia

3) Radiologia diagnostica

4) Radiologia medica

5) Radiologia medica e radioterapia

OCULISTICA

Specializzazioni

1) Chirurgia oculare

2) Clinica oculistica



3) Clinica oftalmologica
4) Oculistica
5) Oftalmia e clinica oculistica
6) Oftalmoiatria e clinica oculistica
7) Oftalmologia
8) Oftalmologia e clinica oculistica
9) Oftalmologia e oculistica
10) Patologia e clinica oculistica
11) Patologia oculare e clinica oculistica

ODONTOIATRIA

Specializzazioni

1) Chirurgia odontostomatologica
2) Chirurgia orale
3) Clinica odontoiatrica
4) Clinica odontoiatrica e stomatologia
5) Odontoiatria
6) Odontoiatria e protesi dentale o dentaria
7) Odontoiatria e protesi dentaria
8) Odontoiatria pediatrica
9) Odontostomatologia
10) Odontostomatologia e protesi dentale o dentaria
11) Ortognatodonzia
12) Stomatologia
13) Stomatologia e chirurgia maxillo-facciale

ONCOLOGIA

Specializzazioni

1) Chemioterapia
2) Chemioterapia antiblastica
3) Oncologia
4) Oncologia clinica
5) Oncologia generale
6) Oncologia medica



ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE

Specializzazioni

1) Igiene
2) Igiene e medicina preventiva
3) Igiene e sanità pubblica
4) Igiene generale e speciale
5) Igiene pubblica
6) Medicina di comunità e delle cure primarie
7) Organizzazione dei servizi sanitari di base

ORTOPEDIA

Specializzazioni

1) Chirurgia della mano
2) Clinica ortopedica
3) Clinica ortopedica e traumatologia
4) Clinica ortopedica e traumatologia apparato motore
5) Ortopedia
6) Ortopedia e traumatologia
7) Ortopedia e traumatologia dell'apparato motore
8) Traumatologia e chirurgia ortopedica

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica ostetrica
2) Clinica ostetrica e ginecologica
3) Fisiopatologia della riproduzione umana
4) Fisiopatologia della riproduzione umana ed educazione demografica
5) Fisiopatologia ostetrica e ginecologica
6) Ginecologia e ostetricia
7) Ostetricia
8) Ostetricia e ginecologia
9) Patologia della riproduzione umana
10) Patologia e clinica ostetrica e ginecologica
11) Patologia ostetrica e ginecologica



OTORINOLARINGOIATRIA

Specializzazioni

1) Clinica otorinolaringoiatrica
2) Otorinolaringoiatria
3) Otorinolaringoiatria e patologia cervico-facciale

PATOLOGIA CLINICA

Specializzazioni

1) Analisi biologiche
2) Analisi chimico cliniche
3) Analisi chimico cliniche e microbiologiche
4) Analisi chimico-cliniche di laboratorio
5) Analisi chimico-cliniche e microbiologia
6) Analisi cliniche
7) Analisi cliniche di laboratorio
8) Applicazioni biotecnologiche
9) Batteriologia
10) Biochimica
11) Biochimica analitica
12) Biochimica applicata
13) Biochimica clinica
14) Biochimica e chimica clinica
15) Biochimica sistematica umana
16) Biologia clinica
17) Chimica analitica
18) Chimica biologica
19) Chimica biologica e biochimica
20) Citogenetica umana
21) Clinica di laboratorio
22) Farmacologia e tossicologia clinica
23) Farmacologia medica
24) Igiene e medicina preventiva con orientamento di laboratorio
25) Igiene: indirizzo laboratorio di sanità pubblica
26) Medici laboratoristi
27) Medicina preventiva con orientamento di laboratorio



28) Microbiologia

29) Microbiologia clinica

30) Microbiologia e virologia

31) Microbiologia indirizzo in tecniche microbiologiche

32) Microbiologia medica

33) Patologia clinica

34) Patologia clinica e biochimica clinica

35) Patologia generale

36) Semeiotica e diagnostica di laboratorio

37) Settore laboratorista

38) Settori e medici laboratoristi ospedalieri

39) Specialista in analisi cliniche e di laboratorio

40) Specialista in analisi cliniche e specialista medico laboratorista

41) Specialista medico di laboratorio

42) Tossicologia

43) Virologia

PEDIATRIA

Specializzazioni

1) Clinica pediatrica

2) Clinica pediatrica e puericultura

3) Neonatologia

4) Patologia e clinica pediatrica

5) Patologia neonatale

6) Pediatria

7) Pediatria e puericultura

8) Pediatria preventiva e puericultura

9) Pediatria preventiva e sociale

10) Pediatria sociale e puericultura

11) Puericultura

12) Puericultura e dietetica infantile

13) Puericultura ed igiene infantile

14) Puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia



PNEUMOLOGIA

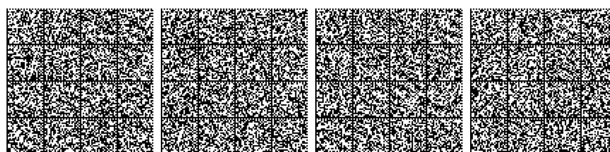
Specializzazioni

1) Broncopneumologia
2) Clinica della tubercolosi
3) Clinica della tubercolosi e delle vie urinarie
4) Clinica della tubercolosi e malattie dell'apparato respiratorio
5) Clinica della tubercolosi e malattie delle vie respiratorie
6) Fisiopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria
7) Fisiopatologia respiratoria
8) Malattie dell'apparato respiratorio
9) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
10) Malattie polmonari e dei bronchi
11) Medicina d'emergenza-urgenza
12) Pneumologia e fisiopatologia respiratoria
13) Pneumotisiologia
14) Tisiologia
15) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio
16) Tisiologia e malattie polmonari
17) Tubercolosi e malattie delle vie respiratorie

PSICHIATRIA

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie nervose e mentali
2) Clinica neurologica e malattie mentali
3) Clinica neuropsichiatrica
4) Clinica psichiatrica
5) Clinica psichiatrica e neuropatologica
6) Igiene mentale
7) Malattie nervose e mentali
8) Neurologia e psichiatria
9) Neuropatologia e psichiatria
10) Neuropsichiatria
11) Psichiatria
12) Psichiatria e neuropatologia



PSICOLOGIA

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie nervose e mentali
2) Clinica psichiatrica
3) Igiene mentale
4) Malattie nervose e mentali
5) Medicina psicosomatica
6) Neurologia e psichiatria
7) Neuropsichiatria
8) Neuropsichiatria infantile
9) Neuropsichiatria infantile e psicologia dell'età evolutiva
10) Psichiatria
11) Psicologia
12) Psicologia clinica e psicoterapia
13) Psicologia del ciclo di vita
14) Psicologia dell'età evolutiva
15) Psicologia medica
16) Psicologia sociale e applicata

PSICOTERAPIA

Specializzazioni

1) Clinica delle malattie nervose e mentali
2) Clinica psichiatrica
3) Igiene mentale
4) Malattie nervose e mentali
5) Medicina psicosomatica
6) Neuropsichiatria
7) Neuropsichiatria infantile
8) Neuropsichiatria infantile e psicologia dell'età evolutiva
9) Neuropsicologia e psichiatria
10) Psichiatria
11) Psicologia clinica
12) Psicologia clinica e psicoterapia
13) Psicologia del ciclo di vita
14) Psicologia dell'età evolutiva



15) Psicologia medica

16) Psicoterapia

RADIOLOGIA

Specializzazioni

1) Radiodiagnostica
2) Radiodiagnostica e scienza delle immagini
3) Radiologia
4) Radiologia diagnostica
5) Radiologia e fisioterapia
6) Radiologia e radioterapia
7) Radiologia e terapia fisica
8) Radiologia e terapia fisica radiologica indirizzo radiodiagnostica e scienza delle immagini
9) Radiologia ed elettroterapia
10) Radiologia medica
11) Radiologia medica e medicina nucleare
12) Radiologia medica e radioterapia
13) Radiologia medica e terapia fisica
14) Radiologia radiodiagnostica

RADIOTERAPIA

Specializzazioni

1) Radiologia
2) Radiologia medica
3) Radiologia medica e radioterapia
4) Radioterapia
5) Radioterapia oncologica

REUMATOLOGIA

Specializzazioni

1) Cardiologia e reumatologia
2) Reumatologia

SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA

Specializzazioni

1) Dietologia
2) Dietologia e dietetica applicata
3) Fisiologia e scienza dell'alimentazione



4) Fisiopatologia digestiva
5) Gastroenterologia
6) Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
7) Malattie dell'apparato digerente
8) Scienza dell'alimentazione
9) Scienza dell'alimentazione e dietetica
10) Scienza dell'alimentazione e dietologia

TOSSICOLOGIA MEDICA

Specializzazioni

1) Farmacoterapia e tossicologia medica
2) Medicina tossicologica e farmacoterapia
3) Tossicologia
4) Tossicologia clinica
5) Tossicologia forense
6) Tossicologia industriale
7) Tossicologia medica

UROLOGIA

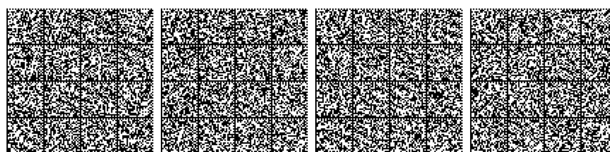
Specializzazioni

1) Clinica delle malattie delle vie urinarie
2) Clinica urologica
3) Malattie delle vie urinarie
4) Malattie genito-urinarie
5) Nefrologia chirurgica
6) Patologia e clinica delle vie urinarie
7) Patologia urologica
8) Urologia
9) Urologia ed emodialisi



b) Scuole universitarie di specializzazione (BIOLOGI)

1) Analisi chimico cliniche
2) Applicazioni biotecnologiche
3) Biochimica analitica
4) Biochimica clinica
5) Biochimica e chimica clinica
6) Biochimica marina
7) Biotecnologie
8) Chimica analitica
9) Chimica biologica
10) Chimica e tecnologie alimentari
11) Citogenetica umana
12) Economia sistema agroalimentare
13) Endocrinologia sperimentale
14) Farmacognosia (esercizio sanitario, ricerca applicata all'industria)
15) Farmacologia
16) Farmacologia applicata
17) Farmacologia e tossicologia clinica
18) Farmacologia medica
19) Fisiologia e scienza dell'alimentazione
20) Fitopatologia
21) Genetica
22) Genetica medica
23) Igiene
24) Igiene e medicina preventiva
25) Immunogenetica
26) Immunologia diagnostica
27) Microbiologia
28) Microbiologia applicata
29) Microbiologia e virologia
30) Microbiologia medica
31) Patologia clinica
32) Patologia clinica e biochimica clinica
33) Patologia generale



34) Scienza dell'alimentazione

35) Scienza e tecnica piante medicinali

36) Scienza e tecnica piante officinali

37) Scienza e tecnologie cosmetiche

38) Statistica medica

39) Statistica sanitaria

40) Tecniche biomediche

41) Tecniche microbiologiche

42) Tecnologie alimentari

43) Tossicologia

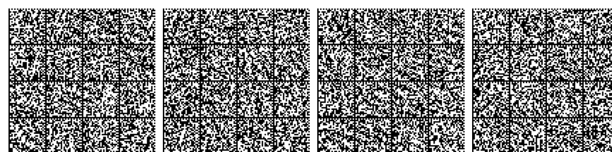
44) Tossicologia forense

45) Virologia



c) Scuole universitarie di specializzazione (CHIMICI)

1) Analisi chimico cliniche
2) Applicazioni biotecnologiche
3) Biochimica analitica
4) Biochimica clinica
5) Biochimica e chimica clinica
6) Biochimica marina
7) Biotecnologie
8) Chimica analitica
9) Chimica applicata all'igiene
10) Chimica clinica
11) Chimica e farmacologia delle sostanze organiche naturali
12) Chimica e tecnologia delle sostanze organiche naturali
13) Chimica e tecnologie alimentari
14) Citogenetica umana
15) Conserve alimentari di origine vegetale
16) Economia sistema agroalimentare
17) Endocrinologia sperimentale
18) Farmacognosia (esercizio sanitario, ricerca applicata all'industria)
19) Farmacologia
20) Farmacologia applicata
21) Farmacologia e tossicologia clinica
22) Farmacologia medica
23) Fisiologia e scienza dell'alimentazione
24) Fitopatologia
25) Genetica
26) Genetica medica
27) Igiene
28) Igiene e medicina preventiva
29) Immunologia diagnostica
30) Istochimica e citochimica
31) Metodologie chimiche di controllo e di analisi
32) Microchimica
33) Microchimica applicata



34) Microchimica e virologia

35) Microchimica medica

36) Patologia clinica

37) Patologia clinica e biochimica clinica

38) Patologia generale

39) Scienza dell'alimentazione

40) Scienza e tecnica piante medicinali

41) Scienza e tecnica piante officinali

42) Scienza e tecnologie cosmetiche

43) Sicurezza e protezione industriale

44) Statistica medica

45) Statistica sanitaria

46) Tecniche biomediche

47) Tecniche microbiologiche

48) Tecnologie alimentari

49) Tecnologie chimiche di processo

50) Tossicologia

51) Tossicologia forense

52) Virologia

53) Viticoltura ed enologie



d) Scuole universitarie di specializzazione (PSICOLOGI)

PSICOLOGIA

1) Neuropsicologia
2) Psicologia clinica
3) Psicologia del ciclo di vita
4) Psicologia dell'età evolutiva
5) Psicologia della salute
6) Psicologia sociale e applicata
7) Psicologia sociale e del lavoro
8) Valutazione psicologica
9) Valutazione psicologica e consulenza (counselling)

PSICOTERAPIA

1) Neuropsicologia
2) Psicologia clinica
3) Psicologia del ciclo di vita
4) Psicologia della salute
5) Psicologia dell'età evolutiva
6) Valutazione psicologica e consulenza (counselling)



Specializzazioni della medicina veterinaria

BRANCA DELLA SANITÀ ANIMALE

SANITÀ ANIMALE

Specializzazioni:

1) Alimentazione animale
2) Alimentazione degli animali domestici
3) Allevamento e igiene degli animali
4) Biotecnologie veterinarie
5) Chirurgia veterinaria
6) Clinica bovina
7) Clinica dei piccoli animali
8) Clinica e malattia dei piccoli animali
9) Clinica ostetrica e ginecologica veterinaria
10) Diritto e legislazione veterinaria
11) Etologia applicata e benessere degli animali di interesse zootecnico e degli animali da affezione
12) Farmacologia e tossicologia veterinaria
13) Fisiopatologia della riproduzione degli animali domestici
14) Igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale
15) Malattie dei piccoli animali
16) Malattie infettive, profilassi e polizia veterinaria
17) Medicina e chirurgia del cavallo
18) Microbiologia indirizzo in tecniche microbiologiche
19) Miglioramento genetico degli animali domestici
20) Parassitologia degli animali domestici
21) Patologia aviare
22) Patologia e clinica degli animali d'affezione
23) Patologia suina
24) Radiologia veterinaria
25) Sanità animale, allevamento e produzioni zootecniche
26) Sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali
27) Sanità pubblica veterinaria
28) Scienza e medicina degli animali da laboratorio
29) Tecnologia avicola e patologia aviare



30) Tecnologia e patologia avicunicola

31) Tecnologia e patologia delle specie avicole, del coniglio e della selvaggina

BRANCA DELL'IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI.

IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI.

Specializzazioni:

1) Allevamento, igiene, patologia delle specie acquatiche e controllo dei prodotti derivati
2) Biochimica marina
3) Diritto e legislazione veterinaria
4) Igiene delle produzioni e commercializzazioni degli alimenti di origine animale
5) Igiene e controllo dei prodotti della pesca e dell'acquacoltura
6) Igiene e tecnologia del latte e derivati
7) Igiene e tecnologia delle carni
8) Ispezione degli alimenti di origine animale
9) Ispezione degli alimenti di origine animale e loro derivati
10) Miglioramento quanti-qualitativo degli alimenti di origine animale
11) Patologia aviare
12) Produzione ed ispezione degli organismi acquatici d'interesse alimentare
13) Sanità pubblica veterinaria
14) Tecnica conserviera ed igiene degli alimenti di origine animale
15) Tecnologia ed igiene delle carni

BRANCA DELL'IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE.

IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

Specializzazioni:

1) Alimentazione animale
2) Alimentazione degli animali domestici
3) Allevamento ed igiene degli animali
4) Allevamento, igiene, patologia delle specie acquatiche e controllo dei prodotti derivati
5) Biochimica marina e biotecnologie applicate alla pesca e all'acquacoltura
6) Biotecnologie veterinarie
7) Chirurgia veterinaria
8) Clinica bovina
9) Dietologia comparata animale



10) Diritto e legislazione veterinaria

11) Etologia applicata e benessere degli animali di interesse zootecnico e degli animali da affezione

12) Farmacologia e tossicologia veterinaria

13) Fisiopatologia della riproduzione degli animali domestici

14) Igiene delle produzioni e commercializzazioni degli alimenti di origine animale

15) Igiene e controllo dei prodotti della pesca e dell'acquacoltura

16) Igiene e tecnologia del latte e derivati

17) Igiene e tecnologia delle carni

18) Ispezione degli alimenti di origine animale

19) Malattie infettive, profilassi e polizia veterinaria

20) Medicina e chirurgia del cavallo

21) Miglioramento genetico degli animali domestici

22) Miglioramento genetico degli animali domestici e delle produzioni zootecniche

23) Miglioramento quanti-qualitativo degli alimenti di origine animale

24) Patologia aviare

25) Patologia e clinica degli animali d'affezione

26) Patologia suina

27) Sanità animale, allevamento e produzioni zootecniche

28) Sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali

29) Sanità pubblica veterinaria

30) Scienza e medicina degli animali da laboratorio

31) Tecnologia avicola

32) Tecnologia avicola e patologia aviare

33) Tecnologia avicunicola

34) Tecnologia e patologia delle specie avicole, del coniglio e della selvaggina



ALLEGATO 3 – NOMENCLATORE TARIFFARIO E PRESTAZIONI DI PARTICOLARE INTERESSE (P.P.I.).

1. Consulto ambulatoriale con il medico del ruolo unico di assistenza primaria e/o altro specialista di altra branca euro 25,82 da corrispondere solo allo specialista ambulatoriale consultato.
2. Consulto domiciliare con il medico del ruolo unico di assistenza primaria e/o specialista di altra branca euro 36,15 da corrispondere solo allo specialista ambulatoriale consultato.
3. Parto a domicilio euro 413,16.
4. Agopuntura in ambulatorio, per ogni seduta, euro 25,82.
5. Le prestazioni suddette sono effettuate, a richiesta del medico del ruolo unico di assistenza primaria o dello specialista, previa autorizzazione del Direttore del Distretto o suo delegato. L'agopuntura di cui al n. 4, in quanto tecnica terapeutica non pertinente ad una specifica branca specialistica, può essere eseguita da un medico anche non specialista in possesso delle specifiche competenze professionali accertate con le procedure di cui all'articolo 21, comma 4 del presente Accordo Collettivo Nazionale.
6. Le prestazioni di particolare interesse (P.P.I.) finalizzate anche all'integrazione con le attività delle forme organizzative della medicina generale e della pediatria di libera scelta o al raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo 4 del presente Accordo, sono individuate come previsto dall'articolo 41, comma 4 e remunerate, nel limite delle risorse a disposizione delle Regioni ai sensi dell'articolo 43, lettera B, comma 9 e dell'articolo 44, lettera B, comma 8, previa autorizzazione dell'Azienda, nella misura del 40% di quanto previsto nel Nomenclatore tariffario regionale vigente, fatta salva diversa determinazione dell'Accordo Integrativo Regionale.



ALLEGATO 4 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI).

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti sanitari in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti secondo le previsioni del vigente ACN.
2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, indicando i livelli minimi essenziali di assistenza sanitaria territoriale e fissando i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli.
3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.
4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990 n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, i servizi pubblici da considerare essenziali nella presente area negoziale sono i seguenti:
   a) specialistica ambulatoriale e odontoiatria;
   b) veterinaria;
   c) attività sanitarie ambulatoriali prestate da biologi, psicologi e chimici.

2. Nell'ambito dei servizi essenziali del comma 1 è garantita, per ogni settore, nelle forme e nelle modalità di cui al successivo art. 3, la continuità delle seguenti prestazioni indispensabili per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati:
   a) specialistica ambulatoriale e odontoiatria: visite in assistenza programmata a pazienti terminali; prestazioni urgenti nelle residenze protette; attività previste nei piani di protezione civile; ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli accordi regionali;
   b) veterinaria: vigilanza e controllo, ove non dilazionabili, in presenza o sospetto di tossico infezioni relative ad alimenti di origine animale; vigilanza ed interventi urgenti in caso di malattie infettive e di zoonosi; controllo, ove non dilazionabile, degli animali morsicatori ai fini della profilassi antirabbica; ispezione veterinaria degli animali morti od in pericolo di



vita e conseguente macellazione di urgenza; approvvigionamento carni agli ospedali, case di cura ed istituti convenzionati, nonché residenze protette ed assistite; attività connesse alla emanazione di provvedimenti contingibili ed urgenti; attività previste nei piani di protezione civile;

c) attività sanitarie ambulatoriali prestate da biologi, psicologi e chimici: prestazioni indispensabili, indifferibili ed urgenti connesse al supporto attivo delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio; referti, denunce, certificazioni ed attività connesse alla emanazione di provvedimenti contingibili ed urgenti; controllo per la prevenzione dei rischi ambientali e vigilanza, nei casi di urgenza, sugli alimenti e sulle bevande; attività previste nei piani di protezione civile.

ART. 3

CONTINGENTI DI PERSONALE

1. In conformità agli accordi di cui al comma successivo le Aziende individuano, in occasione degli scioperi nei settori della specialistica ambulatoriale e odontoiatria, della veterinaria e delle altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), i nominativi degli specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti tenuti alle prestazioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Lo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile.
2. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo sono stabiliti, con appositi protocolli di intesa a livello decentrato, i criteri per la determinazione di contingenti di medici e di professionisti da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui all'art. 2 del presente Accordo, nonché per la loro distribuzione territoriale.

ART. 4

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'art. 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.
2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".
3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di



Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenute a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'art. 5, comma 9.

4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:

   a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 24 (ventiquattro) ore continuative, anche per quei comparti organizzati per turni. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;

   b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno le 48 (quarantotto) ore consecutive. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare le 24 ore;

   c) gli scioperi orari della durata inferiore ad un giorno lavorativo si svolgeranno in un unico e continuo periodo, all'inizio o alla fine di ciascun turno, secondo l'articolazione dell'orario previsto nell'unità operativa di riferimento;

   d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda o Ente del SSN. Sono altresì escluse forme surrettizie di sciopero quali le assemblee permanenti o forme improprie di astensione dal lavoro;

   e) nel caso in cui l'astensione collettiva si svolga con forme di sciopero "virtuale" che prevedano la regolare prestazione lavorativa, è trattenuta una quota pari al 50% della retribuzione commisurata alla durata dell'astensione programmata. Tale trattenuta è destinata a finalità sociali indicate dall'organizzazione sindacale che indice l'azione di sciopero la quale ne darà comunicazione all'utenza attraverso gli organi di stampa;

   f) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre organizzazioni sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.

5. le azioni di sciopero non saranno effettuate:

   - nel mese di agosto;
   - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
   - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali e comunali, per i singoli ambiti;
   - nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
   - nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.



7. L'adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.
8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuate dalla Azienda o dall'Ente di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.

ART. 5

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.
2. I soggetti incaricati di svolger le procedure di conciliazione sono:
   a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, Il Ministero del Lavoro;
   b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;
   c) in caso di conflitto sindacale a livello di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.
3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle organizzazioni sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.
4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.
5. Il tentativo si considera altresì esplicato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.
6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.
7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.



8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.
9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.
10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'art. 4, comma 5.

ART. 6

COMUNICAZIONI

Le Aziende o gli Enti del SSN sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.

ART. 7

SANZIONI

In caso di inosservanza delle disposizioni di cui alla Legge 12 giugno 1990 n. 146 e della Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché di quelle contenute nel presente accordo, si applicano gli artt. 4 e 6 delle predette Leggi.



ALLEGATO 5 – CODICE DI COMPORTAMENTO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI E PROFESSIONISTI SANITARI (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI.

1. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario od il professionista sanitario, tenuto conto della necessità di garantire la migliore qualità del servizio, nello svolgimento della propria attività deve, in particolare:

   a) mantenere nei rapporti interpersonali con gli utenti e terzi un comportamento adeguato al proprio ruolo ed una condotta informata a principi di correttezza e rispetto ed astenersi da comportamenti lesivi della dignità della persona;

   b) assicurare lo svolgimento dei propri compiti nel rispetto della normativa contrattuale, della legislazione vigente e, per quanto di pertinenza, dei programmi di attività concordati con l'Azienda Sanitaria;

   c) assicurare la presenza in servizio nell'orario indicato nella lettera d'incarico, nel rispetto del regolamento organizzativo della AFT, UCCP o struttura di appartenenza;

   d) astenersi dal partecipare, nell'espletamento delle proprie funzioni, all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere direttamente o indirettamente interessi finanziari o non finanziari propri, del coniuge, dei parenti e degli affini entro il quarto grado e dei conviventi;

   e) astenersi dal chiedere pagamenti non dovuti per prestazioni rese agli utenti, o accettare omaggi o altre utilità per sé o per i propri familiari, se non nei limiti delle normali relazioni di cortesia e salvo quelli d'uso, purché di modico valore;

   f) astenersi dal generare condizioni causa di incompatibilità;

   g) informare l'Azienda Sanitaria di essere stato rinviato a giudizio o che nei suoi confronti è esercitata l'azione penale;

   h) rispettare le norme di legge e le disposizioni contrattuali in materia di esercizio dell'attività libero professionale;

   i) applicare le disposizioni vigenti in materia di attestazione di malattia e di certificazione per l'assenza per malattia;

   j) assicurare il rispetto delle norme vigenti in materia di segreto d'ufficio, riservatezza e protezione dei dati personali;

   k) non utilizzare a fini privati le informazioni di cui disponga per ragioni d'ufficio;

   l) non utilizzare beni e strumenti dell'Azienda, preordinati all'espletamento dell'attività istituzionale, per finalità private o diverse da quelle previste;

   m) avere cura dei locali o altri beni strumentali affidati in ragione dell'attività prestata.



ALLEGATO 6 – SANZIONI DISCIPLINARI.

1. Le violazioni del Codice di comportamento degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e professionisti (biologi, chimici, psicologi) danno luogo all'applicazione di sanzioni, avuto riguardo dei seguenti criteri:
   a) intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, imprudenza o imperizia dimostrata, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;
   b) rilevanza della infrazione e dell'inosservanza degli obblighi di legge e delle disposizioni contrattuali;
   c) responsabilità connesse con l'incarico ricoperto, nonché con la gravità della lesione al prestigio dell'Azienda e del Servizio Sanitario Nazionale;
   d) grado di danno o di pericolo o di disservizio provocati a persone e a cose;
   e) eventuale sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, anche connesse al comportamento tenuto complessivamente dallo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista o al concorso nella violazione di più persone;
   f) recidiva di sanzioni disciplinari nel biennio precedente.
2. Comportamenti che danno luogo a sanzioni:
   a) rimprovero scritto, per:
      I. infrazioni di lieve entità, a carattere occasionale, comprese quelle relative alle disposizioni sulle prescrizioni e proposte di trattamenti assistenziali;
      II. sporadiche irregolarità nell'utilizzo della ricetta del SSN;
      III. inosservanza della normativa contrattuale e legislativa vigente, purché non abbia determinato un danno o ripercussioni negative per gli utenti o l'Azienda;
      IV. ingiustificato ritardo o mancato rispetto dell'orario di inizio e di fine dei turni;
      V. episodici comportamenti non conformi ai principi di correttezza e di rispetto;
      VI. irregolarità nella compilazione e tenuta della documentazione a carattere sanitario;
      VII. mancata comunicazione tempestiva all'Azienda di essere stato rinviato a giudizio o di avere avuto conoscenza che nei suoi confronti è esercitata l'azione penale;
      VIII. ottenimento di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, di valore eccedente i 150 Euro nell'anno solare;
   b) sanzione pecuniaria, per:
      I. recidiva, nel biennio precedente, di infrazioni che abbiano comportato la sanzione del rimprovero scritto;
      II. uso improprio delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;
      III. assenza ingiustificata o arbitrario abbandono della sede di servizio senza conseguenze nei confronti degli utenti;
      IV. comportamenti minacciosi, ingiuriosi o calunniosi nei confronti di utenti, colleghi o dipendenti aziendali;



V. violazione di obblighi da cui sia derivato disservizio agli utenti;

VI. violazione degli obblighi e compiti, stabiliti da norme legislative o da disposizioni contrattuali, che abbiano comportato danno economico o pregiudizio per l'Azienda;

VII. ottenimento di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, di valore rilevante;

c) sospensione dall'incarico e dal trattamento economico, per:

I. recidiva, nel biennio precedente, di infrazioni che abbiano comportato sanzione pecuniaria;

II. sistematici e comprovati comportamenti aggressivi o denigratori; minacce, ingiurie gravi, calunnie o diffamazioni nei confronti degli utenti, dei colleghi, dell'Azienda e dei suoi dipendenti;

III. ripetute assenze ingiustificate dal servizio o arbitrario abbandono dello stesso; in tale ipotesi l'entità della sanzione è determinata in relazione alla durata dell'assenza o dell'abbandono del servizio, al disservizio determinatosi, alla gravità della violazione degli obblighi dello specialista ambulatoriale, veterinario o professionista, agli eventuali danni causati all'Azienda, agli utenti o a terzi;

IV. comportamento gravemente negligente od omissivo nella tenuta del Fascicolo Sanitario Elettronico e della restante documentazione sanitaria connessa all'espletamento della sua attività da cui sia derivato un danno per l'Azienda o per terzi;

V. violazione delle norme di legge in materia di prescrizione di farmaci o persistente inappropriatezza clinica nell'attività prescrittiva;

VI. testimonianza falsa o reticente nell'ambito di procedimenti disciplinari;

VII. responsabilità in alterchi con ricorso a vie di fatto, nell'esercizio della propria attività, nei confronti di colleghi, utenti o terzi;

VIII. atti e comportamenti lesivi della dignità della persona, ivi compresi quelli discriminatori e le molestie sessuali;

IX. altre gravi violazioni non ricomprese specificatamente nelle lettere precedenti da cui sia comunque derivato grave danno all'Azienda;

d) revoca dell'incarico con preavviso, per:

I. recidiva di infrazioni che abbiano comportato la sospensione del rapporto;

II. falsità documentali o dichiarative in costanza del rapporto di lavoro;

III. omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti indebiti benefici economici;

IV. rilascio di false certificazioni di malattia, relative ad assenza dal lavoro, che attestino dati clinici non desunti da visita, in coerenza con la buona pratica medica;

V. mancato rispetto delle norme contrattuali in materia di espletamento di attività libero professionale;

VI. accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, per prestazioni previste dagli Accordi rese agli utenti;



VII. mancato rispetto delle norme in tema di incompatibilità in costanza di incarico, ad esclusione della fattispecie prevista dall'articolo 38, comma 3, lettera e);

VIII. condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;

IX. responsabilità penale, risultante da condanna passata in giudicato, per delitti commessi al di fuori dell'attività di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista convenzionato e non attinenti in via diretta al rapporto di lavoro ma che per la loro specifica gravità non siano compatibili con la prosecuzione del rapporto;

e) revoca dell'incarico senza preavviso, per infrazioni, relative agli obblighi deontologici, legali e convenzionali, o per fatti illeciti di rilevanza penale, di gravità tale da compromettere irrimediabilmente il rapporto di fiducia con l'Azienda e da non consentire la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.

In caso di revoca per i motivi di cui al presente comma, lettera d), punti VII, VIII e IX e lettera e), allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista non può essere conferito un nuovo incarico convenzionale ai sensi del presente ACN; negli altri casi di revoca, è possibile presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie decorsi due anni dalla cessazione. L'UPDC può attivare la procedura di conciliazione, non obbligatoria, fuori dei casi per i quali è prevista la sanzione disciplinare della revoca dell'incarico, da instaurare e concludere entro un termine non superiore a trenta giorni dalla contestazione dell'addebito e comunque prima dell'irrogazione della sanzione. La sanzione, concordemente determinata all'esito di tali procedure, non può essere di specie diversa da quella prevista per l'infrazione per la quale si procede e non è soggetta ad impugnazione.

3. I termini del procedimento disciplinare restano sospesi dalla data di apertura della procedura conciliativa e riprendono a decorrere nel caso di conclusione con esito negativo.

4. Il consenso dello specialista ambulatoriale, veterinario o professionista deve risultare da atto sottoscritto congiuntamente dalle parti.



ALLEGATO 7 – INTEGRAZIONE TRA AFT DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA E DELLA MEDICINA GENERALE E NELLA UCCP.

1. Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale collaborano per sviluppare e integrare percorsi assistenziali condivisi, garantendo una continuità nell'assistenza dal livello generale a quello specialistico territoriale convenzionato diventando così rapporto preferenziale tra l'AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e l'AFT della Medicina Generale.

   Questo include la gestione congiunta dei percorsi integrati nelle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), nelle Case della Comunità *hub* e *spoke*, negli Ospedali di Comunità, negli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e nelle sedi indicate dalle Aziende sanitarie e con l'ospedale e per le dimissioni protette.

2. I medici della AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale operano insieme per la gestione dei casi complessi, integrando le competenze specialistiche con quelle della medicina generale, in particolare all'interno delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) nelle Case della Comunità *hub* e *spoke*, negli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, negli Ospedali di Comunità consentendo un approccio multidisciplinare alla cura e alla presa in carico, fondamentale per pazienti con condizioni patologiche, multiple o croniche.

3. Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale collaborano per promuovere corretti stili di vita e migliorare la gestione delle malattie croniche attraverso programmi di prevenzione e educazione sanitaria congiunti.

4. Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale partecipano congiuntamente a *audit* clinici e organizzativi, facilitando la condivisione di buone pratiche cliniche e la partecipazione a programmi di formazione e aggiornamento.

5. Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale collaborano nell'implementazione e nell'applicazione delle linee guida e delle buone pratiche cliniche basate sulla *evidence based medicine*.

6. Nelle AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale sono inclusi psicologi convenzionati, i quali sono integrati nei percorsi assistenziali e di presa in carico attivati in ambito aziendale.

7. Nelle AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale sono inclusi biologi convenzionati per collaborare in ambiti che riguardano anche la consulenza nutrizionistica e degli stili di vita.

8. In linea con l'approccio *one health*, nelle AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale le Regioni possono includere i veterinari convenzionati per collaborare in ambiti che riguardano la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria.

9. Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale collaborano in progetti di ricerca, condividendo risorse e competenze, per avanzare nella conoscenza e nell'applicazione delle migliori pratiche mediche.

10. Attraverso la collaborazione, le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale operano per migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, garantendo un'assistenza omogenea e di qualità su tutto il territorio.



11. Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e della Medicina Generale cooperano per sviluppare e promuovere modelli di comportamento integrati nelle funzioni di prevenzione, educazione, diagnosi, cura, e riabilitazione.
12. La valutazione delle performance delle AFT si può realizzare anche in modo congiunto, utilizzando indicatori definiti a livello aziendale, per misurare l'efficacia dell'integrazione e della collaborazione.

    Queste collaborazioni ed interazioni tra le AFT della Medicina Generale e quelle della Specialistica Ambulatoriale Interna mirano a creare un sistema sanitario più integrato, efficiente ed efficace, in grado di rispondere in modo complesso alle esigenze sanitarie dei cittadini.

Ulteriori allegati sono pubblicati sul sito web della SISAC (http://www.sisac.info).

24A03130

MARGHERITA CARDONA ALBINI, *redattore* DELIA CHIARA, *vice redattore*

(WI-GU-2024-SON-025) Roma, 2024 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.



MODALITÀ PER LA VENDITA

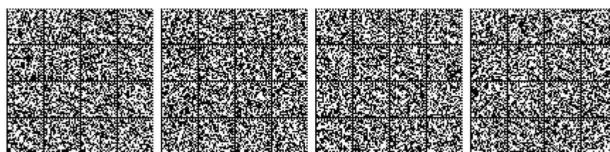
La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni dell'Istituto sono in vendita al pubblico:

- **— presso il punto vendita dell'Istituto in piazza G. Verdi, 1 - 00198 Roma ☎ 06-8549866**
- **— presso le librerie concessionarie riportate nell'elenco consultabile sui siti www.ipzs.it e www.gazzettaufficiale.it**

L'Istituto conserva per la vendita le Gazzette degli ultimi 4 anni fino ad esaurimento. Le richieste per corrispondenza potranno essere inviate a:

Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.
Vendita Gazzetta Ufficiale
Via Salaria, 691
00138 Roma
fax: 06-8508-3466
e-mail: informazioni@gazzettaufficiale.it

avendo cura di specificare nell'ordine, oltre al fascicolo di GU richiesto, l'indirizzo di spedizione e di fatturazione (se diverso) ed indicando i dati fiscali (codice fiscale e partita IVA, se titolari) obbligatori secondo il DL 223/2007. L'importo della fornitura, maggiorato di un contributo per le spese di spedizione, sarà versato in contanti alla ricezione.





GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

CANONI DI ABBONAMENTO (salvo conguaglio)
validi a partire dal 1° GENNAIO 2024

GAZZETTA UFFICIALE – PARTE I (legislativa)

CANONE DI ABBONAMENTO

Tipo A	Abbonamento ai fascicoli della Serie Generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:			
	(*di cui spese di spedizione € 257,04)**	- annuale	**€**	**438,00**
	(*di cui spese di spedizione € 128,52*) *	- semestrale	**€**	**239,00**
Tipo B	Abbonamento ai fascicoli della 1ª Serie Speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale:			
	(*di cui spese di spedizione € 19,29*)*	- annuale	**€**	**68,00**
	(*di cui spese di spedizione € 9,64*)*	- semestrale	**€**	**43,00**
Tipo C	Abbonamento ai fascicoli della 2ª Serie Speciale destinata agli atti della UE:			
	(*di cui spese di spedizione € 41,27*)*	- annuale	**€**	**168,00**
	(*di cui spese di spedizione € 20,63*)*	- semestrale	**€**	**91,00**
Tipo D	Abbonamento ai fascicoli della 3ª Serie Speciale destinata alle leggi e regolamenti regionali:			
	(*di cui spese di spedizione € 15,31*)*	- annuale	**€**	**65,00**
	(*di cui spese di spedizione € 7,65*)*	- semestrale	**€**	**40,00**
Tipo E	Abbonamento ai fascicoli della 4ª serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:			
	(*di cui spese di spedizione € 50,02*)*	- annuale	**€**	**167,00**
	(*di cui spese di spedizione € 25,01*)*	- semestrale	**€**	**90,00**
Tipo F	Abbonamento ai fascicoli della Serie Generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, ed ai fascicoli delle quattro serie speciali:			
	(*di cui spese di spedizione € 383,93*)*	- annuale	**€**	**819,00**
	(*di cui spese di spedizione € 191,46*)*	- semestrale	**€**	**431,00**

N.B.: L'abbonamento alla GURI tipo A ed F comprende gli indici mensili

PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI (oltre le spese di spedizione)

Prezzi di vendita: serie generale	€	1,00
serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione	€	1,00
fascicolo serie speciale, *concorsi*, prezzo unico	€	1,50
supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione	€	1,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II

(*di cui spese di spedizione € 40,05*)*	- annuale	**€**	**86,72**
(*di cui spese di spedizione € 20,95*)*	- semestrale	**€**	**55,46**

Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione) € 1,01 (€ 0,83+IVA)

Sulle pubblicazioni della Parte II viene imposta I.V.A. al 22%. Si ricorda che in applicazione della legge 190 del 23 dicembre 2014 articolo 1 comma 629, gli enti dello Stato ivi specificati sono tenuti a versare all'Istituto solo la quota imponibile relativa al canone di abbonamento sottoscritto. Per ulteriori informazioni contattare la casella di posta elettronica editoria@ipzs.it.

RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

Abbonamento annuo	**€**	**190,00**
Abbonamento annuo per regioni, province e comuni – SCONTO 5%	**€**	**180,50**
Volume separato (oltre le spese di spedizione)	€	18,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero, i prezzi di vendita (in abbonamento ed a fascicoli separati) anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale, i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi anche ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso.
Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli vengono stabilite di volta in volta in base alle copie richieste.
Eventuali fascicoli non recapitati potranno essere forniti gratuitamente entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del fascicolo. Oltre tale periodo questi potranno essere forniti soltanto a pagamento.

N.B. – La spedizione dei fascicoli inizierà entro 15 giorni dall'attivazione da parte dell'Ufficio Abbonamenti Gazzetta Ufficiale.
RESTANO CONFERMATI GLI SCONTI COMMERCIALI APPLICATI AI SOLI COSTI DI ABBONAMENTO

* tariffe postali di cui alla Legge 27 febbraio 2004, n. 46 (G.U. n. 48/2004) per soggetti iscritti al R.O.C





€ 18,00

